UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1970 • Thèse 14

Étude de l'appétence à l'alcool et de son traitement

Intérêt d'une nouvelle voie d'abord de ce problème par l'utilisation du Métronidazole (Flagyl)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le Vendredi 13 Février 1970

par Guy DAUDET
Interne des Hôpitaux psychiatriques
né le 3 Octobre 1943 à LIMOGES (Haute-Vienne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. M. BLANC, Professeur . . . . . Président
M. BERGOUIGNAN, Professeur . . . . . Juges
A. SERISÉ, Professeur . . . . . Juges
J.N. VALLAT, Professeur (Limoges) . . . . . Juges
J.M. LÉGER, (Invité) . . . . . Juges

Éditions Bergeret, 2, rue Bergeret - BORDEAUX
— Tél: 91-12-59 —

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543911_0026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1970 • Thèse 14

Étude de l'appétence à l'alcool et de son traitement

Intérêt d'une nouvelle voie d'abord de ce problème par l'utilisation du Métronidazole (Flagyl)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le Vendredi 13 Février 1970

par Guy DAUDET
Interne des Hôpitaux psychiatriques
né le 3 Octobre 1943 à LIMOGES (Haute-Vienne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. M. BLANC, Professeur . . . . . Président
M. BERGOUIGNAN, Professeur . . . . . Juges
A. SERISÉ, Professeur . . . . . Juges
J.N. VALLAT, Professeur (Limoges) . . . . . Juges
J.M. LÉGER, (Invité) . . . . . Juges

Éditions Bergeret, 2, rue Bergeret - BORDEAUX
— Tél: 91-12-58 —

UNIV.
LEIDEN

Je dédie cette thèse :

A MA FEMME

Avec tout mon amour.

A MON FILS

A MES PARENTS

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON BEAU-PERE

A MA BELLE-MERE

A MON FRERE

A TOUTE NOTRE FAMILLE

A TOUS NOS AMIS,

A MES COLLEGUES D'INTERNAT

A Monsieur le Docteur BOUTET,

A Monsieur et Madame les Docteurs DURVY,

A Monsieur le Docteur LANFRANCA,

A Monsieur SEMPERE, *psychologue*

pour l'aide qu'ils nous ont apportée.

AUX MEDECINS-CHEFS DE SERVICE

DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE NAUGEAT (LIMOGES)

Monsieur le Docteur GARDIEN

Monsieur le Docteur DELAGE

Monsieur le Docteur MONDAIN

Monsieur le Docteur LAPENNE

Qui nous ont toujours montré
une bienveillante compréhension
et donné de précieux conseils.

Qu'ils veuillent trouver ici
l'expression de nos sentiments
reconnaissants.

A Monsieur le Docteur SCHMIDT

Médecin Chef de Service de l'Hôpital psychiatrique de Naugeat (Limoges)

A notre permier maître dans les hôpitaux psychiatriques, celui à qui nous devons de croire en ce que nous avons choisi,

nos sentiments d'admiration profonde,

notre dévouement reconnaissant,

notre attachement respectueux.

A Monsieur le Docteur JOUPPE

Médecin Chef de Service de l'Hôpital psychiatrique de Naugeat (Limoges)

Nous lui sommes reconnaissant de nous avoir permis de travailler dans le service où il a bien voulu nous accueillir.

La qualité de l'enseignement qu'il nous a donné, le respect qu'il inspire, sa bienveillance, sa disponibilité et son dévouement envers ses internes, son personnel hospitalier et ses malades resteront pour nous un modèle.

Qu'il reçoive ici l'expression de notre attachement respectueux.

A Monsieur le Professeur de LEOBARDY

Directeur Honoraire de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Limoges

A NOS MAITRES DANS L'HOPITAL GENERAL DE LIMOGES

Monsieur le Professeur BASSET

Monsieur le Docteur DELROUS
Chef de Service

Monsieur le Professeur COUSSIEU

Monsieur le Professeur agrégé LIOZON

Monsieur le Docteur A. ROBIN
Maître de Conférences Agrégé

Monsieur le Professeur UNDEMSTOCK

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE LIMOGES

Qu'ils veuillent bien accepter l'expression de notre déférente gratitude.

A Monsieur le Professeur BRETON

et à ses collaborateurs

Monsieur le Docteur LABADIE

Maître de Conférences délégué

et

Monsieur le Docteur RIGAUD

Assistant de Faculté et des Hôpitaux

qui ont bien voulu nous aider de leurs conseils et de leurs travaux dans le cadre du Laboratoire de Biochimie.

Qu'ils veuillent bien accepter l'expression de notre déférente gratitude.

A Monsieur le Docteur LEGER

Licencié ès Lettres
Chef de Clinique Assistant des Hôpitaux
Chargé de cours à la Faculté
Membre correspondant national
de la Société Médico-psychologique

C'est lui qui nous a inspiré ce travail et qui nous en a permis la réalisation, qui l'a dirigé et qui en a été l'esprit.

Qu'il trouve ici un témoignage de notre grande reconnaissance pour tout ce qu'il nous enseigne, pour sa bienveillance, pour l'amitié qu'il nous accorde.

A Monsieur le Professeur VALLAT

Professeur titulaire - Clinique médicale A
Chef de Service
Chevalier des Palmes académiques
Chevalier de l'Ordre national du Mérite

Qui nous a permis d'élaborer dans son service ce travail qu'il domine de sa haute expérience, de son rayonnement et de son autorité.

Nous lui devons pour son enseignement et l'honneur qu'il nous fait de juger notre thèse, de rester toujours digne de ses hautes leçons.

A NOS MAÎTRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE

DE BORDEAUX

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur J.M. LEGER (Invité)

Licencié ès Lettres
Chef de Clinique Assistant des Hôpitaux
Chargé de Cours à la Faculté
Membre correspondant national de la Société Médico-psychologique.

Monsieur le Professeur J.N. VALLAT (Limoges)

Professeur titulaire - Clinique médicale A
Chef de Service
Chevalier des Palmes académiques
Chevalier de l'Ordre national du Mérite

Monsieur le Professeur SERISE

Professeur sans Chaire (Hygiène)
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médaille militaire
Croix de Guerre 1939-1945
Chevalier des Palmes académiques
Chevalier de la Santé publique

Monsieur le Professeur M. BERGOUIGNAN

Professeur de Pathologie nerveuse et mentale
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service
Croix de Guerre 1939-1945
Officier des Palmes académiques

Qui ont bien voulu accepter de juger ce travail. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. BLANC

Professeur sans Chaire (Neuropsychiatrie)
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service
Directeur d'études de la section de Psychopathologie (Institut de Psychologie)
Chevalier des Palmes académiques

Le grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse, est pour nous l'occasion de vous assurer de notre profonde admiration et de notre vive gratitude.

ETUDE DE L'APPETENCE A L'ALCOOL

ET DE SON TRAITEMENT

Intérêt d'une nouvelle voie d'abord de ce problème
par l'utilisation du Métronidazole (Flagyl)

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION 1

PREMIERE PARTIE : NOTION D'APPETENCE 3

A- INTRODUCTION 5

B- HISTORIQUE 11

C- FACTEURS D'APPETENCE INDIVIDUELLE... 17

I - Comment les facteurs organiques peuvent-ils créer l'appétence ? 17

A/ Etude des effets de l'éthanol 18

B/ Etude des effets des autres constituants des boissons alcooliques et notamment sur le goût 38

II - Comment les facteurs psychologiques interviennent-ils dans l'appétence ? 45

A/ Notions de personnalité alcoolique 46

B/ Prédisposition à l'appétence : 50

. chez les psychopathes 51

. apports psychanalytiques 55

. structure des personnalités alcooliques 66

D- FACTEURS COLLECTIFS ET SOCIOLOGIQUES D'APPETENCE 79

- Dans les coutumes et dans l'économie 79

- Dans le patrimoine culturel 90

Pages

E- LES THERAPEUTIQUES DE L'APPETENCE ... 113

- Les médications classiques ... 116
- Les méthodes d'aversion gustative ... 125
- Les moyens psycho-socio-psychiatriques ... 127

F- CONCLUSION ... 133

DEUXIEME PARTIE : ETUDE DES MODIFICATIONS DE L'APPETENCE présentées par 135 patients traités par le Métronidazole ... 139

A- INTRODUCTION ... 141

B- REVUE DE LA LITTERATURE SUR METRONIDAZOLE et ALCOOLISME CHRONIQUE ... 143

I - Généralités ... 143
II- Métronidazole et désappétence ... 147

a) Constatations cliniques ... 147
b) Constatations expérimentales ... 149
c) Constatations chimiques ... 150

C- EXPERIMENTATION DU METRONIDAZOLE RELATIVE AU TRAITEMENT DE 135 ALCOOLIQUES CHRONIQUES ... 161

I - Expérimentation clinique ... 162
II - Expérimentation chimique (in-vitro) ... 203
III - Commentaires ... 205

D- ETUDE DES MECANISMES D'ACTION ... 213

E- CONCLUSION ... 225

CONCLUSIONS GENERALES ... 227

BIBLIOGRAPHIE ... 235

"L'alcool fait pire que tuer :
il avilit"

Cette phrase de l' Abbé PIERRE citée par M. E. AUBERTIN résume l'ampleur du problème posé par ce géant économique (*a*), dont une enquête de l'Institut National de la Santé rapporte que chaque Français dépense le même budget personnel pour se loger que pour boire (alcool), sans compter le budget hospitalier consacré au traitement des alcooliques et qui est évalué à 222 millions de francs pour l'année 1965 par le Professeur J. LEREBOULLET (*b*) et son élève GAITAUD, ni ceux de la Sécurité Sociale, des Hôpitaux Psychiatriques, ni enfin la perte économique occasionnée par la diminution du rendement des travailleurs alcooliques (*c*). Les Professeurs ACHARD et LEPINE mesurèrent les premiers en 1925 l'étendue du fléau pour la France et ce n'est qu'en 1938 qu'une certaine prise de conscience très timide, se fit jour . D'un point de vue mondial depuis un siècle des quantités d'articles médicaux ont été écrits à ce sujet et le Centre de l'Université Américaine de YALE à lui seul en a fiché plus de quinze mille ..... aussi presque tous les problèmes ont-ils été déjà abordés . Pourtant, le nombre important des thérapeutiques visant la guérison, c'est-à-dire la suppression de l'envie de boire , tour à tour

(a) Journal "Express", n° 898 de Septembre 1968.
(b) C.M. 16 Novembre 1969, 46, 7677-7678 sur Thèse Médecine de GAÏTAUD (1968).
(c) Alcool ou Santé, 1968, 89.

essayées et tous les échecs rencontrés mettent en évidence que le problème est loin d'être résolu car la cure de désintoxication classique si elle arrête chez quelques-uns la conduite bibitoire, ne guérit pas le désir de boire, ce qui explique la fréquence des rechutes.

Et le Professeur DEBRE écrit :

" quelle est la cause de cette tendance chez certains à boire trop, à prendre l'habitude de boire d'une façon excessive ? quel est le support psychosomatique de la toxicomanie ? quel est son support social et collectif ? quelles archaïques tendances enfoncées au fond de nous-mêmes nous poussent vers la boisson alcoolique et quels moteurs ou freins sociaux viennent jouer ici ?"

L'étude expérimentale à partir du Métronidazole (M.) dans le traitement de l'éthylisme chronique, entraînant notamment l'apparition d'un mauvais goût lors de l'ingestion de boisson alcoolisée, nous a incité, sous la direction de Monsieur le Docteur LEGER, à reprendre le problème de l'appétence en essayant de voir quel rôle joue sa modification dans le traitement et la prévention de l'éthylisme chronique.

Nous envisagerons donc, dans une première partie le concept d'appétence à l'alcool, puis dans la seconde, nous rendrons compte de l'étude d'un nouvel abord de l'appétence que nous ont tracé les constatations faites lors de l'application du Métronidazole (M.) chez l'éthylique chronique, sur le double plan gustatif et psychologique.

PREMIERE PARTIE

NOTION D' APPETENCE

A
INTRODUCTION

L'APPETENCE A L'ALCOOL EST UN DESIR INSTINCTIF, ARDENT, ALIENANT, QUI PORTE VERS L'ALCOOL PROPRE A SATISFAIRE UN PENCHANT NATUREL OU CREE.

Nous avons essayé de synthétiser dans cette définition trois pensées . Pour Lise MOOR (1966) l'appétence est un "désir instinctif qui porte vers un objet propre à satisfaire un penchant naturel" (a) ce qui est dans la tradition du Petit Littré . Pour JELLINEK, cité par M. HENNE (67), il s'agit d'"un désir ardent de boire" . Enfin, le Groupement Médical d'Etude sur l'Alcoolisme dans son colloque du 9 Décembre 1967, reprend l'expression de Pierre FOUQUET et J. CLAVEUL (57) et parle de "perte de la liberté de s'abstenir d'alcool" en se référant plus particulièrement à l'appétence alcoolomaniaque suivant la tendance des derniers congrès (cf. Congrès de Washington sur l'alcool-1968) à classer l'appétence dans le cadre d'un comportement toxicomaniaque .

D'emblée il est nécessaire de situer l'"addiction" terme créé par BOWMAN et JELLINEK dans son ouvrage fondamental "The disease concept of alcoholism".

(a) *Lise MOOR - Glossaire de Psychiatrie - Masson et Cie 1966, page 14.*

Si "Addiction" peut se traduire par "adonné à", si STRAUSS et Mac CARTHY en 1951 lui donnent le sens d'"insatiabilité", Michel HENNE (67) le traduit par "penchant pour l'alcool " (p. 21) ou "alcoolomanie" (p. 23) suivant dans cette traduction le Professeur PERRIN .

Ainsi l'"addiction" comprend à la fois le "désir ardent" de boire et le syndrome de "dépendance" physiochimique à l'alcool (LECOQ et coll.) . Aussi , l'"addiction" n'est qu'une forme importante, très évoluée de l'appétence . Cette dernière minimale n'est qu'un désir dont le sujet est maître, maximale est l'"addiction" aliénante .

D'autre part, la notion d'appétence recouvre les appétences symptômes de tout sujet abusant d'alcool dont la conduite n'est qu'un symptôme de maladies psychiques (psychoses, débilité. . .) ou organiques (diabète insipide. . .), comme elle englobe l'appétence-syndrome dans le cadre de la maladie alcoolique .

Si FORTAN élimine de son étude de l'appétence, les appétences-symptômes, pour garder son unité à notre travail nous traitons de toute appétence répondant à notre définition première .

Afin de mieux appréhender le concept d'appétence, il est nécessaire de préciser ce que l'on entend par alcoolisme : nous reprendrons avec J. LEREBOULLET (96) la définition de JELLINEK :

> " L'alcoolisme est tout usage de boissons alcoolisées qui cause un dommage à l'individu, à la société, ou à tous les deux" .

Cette définition est valable autant pour l'alcoolisme aigu que pour l'alcoolisme chronique, de même il nous semble que nous ne devons pas nous limiter à l'étude de l'appétence d'une seule de ces deux formes mais embrasser le problème dans toute son étendue .

De nombreuses classifications ont essayé d'apporter ordre et clarté en faisant ressortir divers types de buveurs et donc diverses formes et envies de boire. Nous en retiendrons seulement deux, celle de LECOQ et FOUQUET (1957) et celle de JELLINEK (1960) .

- Pour LECOQ et FOUQUET, il existe trois groupes selon que l'alcoolique boit par suggestivité, par névrose ou par trouble somatique, groupes qui reçurent respectivement par FOUQUET (a) les noms d'"alcoolites", d'"alcooloses" et de "somalcooloses" . Les alcoolites sont ordinairement des personnes faibles, influençables, dont l'appétence se manifeste par un "impérieux besoin" de boire chaque jour, appris par les habitudes de leur milieu social ou de travail le plus souvent ; ce sont de "bons sujets" pour la cure de désintoxication alcoolique .

Les alcooloses boivent malgré eux pour calmer leur angoisse . Ce sont des névrosés qui nécessitent surtout une thérapeutique psychiatrique et chez qui il y a beaucoup de rechutes après désintoxication .

Les somalcooloses sont le plus souvent des dipsomanes sans plaisir gustatif qui boivent n'importe quoi d'alcoolisé (alcool à brûler, etc ...), et chez lesquels l'appétence est directement liée à des altérations fonctionnelles diencéphalo-hypophysaires .

Ainsi dans cette classification nous pouvons mettre en évidence deux sortes d'appétence : une qui n'est qu'un "besoin" biologique où les manifestations mentales ne sont que secondaires, et une autre où les troubles névrotiques, ou psychotiques, en sont le fondement .

(a) E.M.C. PSYCHIATRIE - 1955.

- La classification de JELLINEK (a) identifie cinq degrés de vulnérabilité physiologique et psychologique qu'il désigne par les cinq premières lettres de l'alphabet grec :

Dans l'alcoolisme α l'appétence est une recherche d'aide, de secours, de médicament, recherche indisciplinée mais n'aboutissant pas à une impossibilité de s'abstenir .

L'appétence de l'alcoolique β est une habitude provoquée par les coutumes d'un groupe social ou d'une nutrition insuffisante .

L'appétence de l'alcoolique γ est un besoin psychique évoluant progressivement vers une dépendance physique sans possibilité pour l'individu d'assurer un contrôle sur des ingesta . Elle est fréquente dans les pays Anglo-Saxons .

L'appétence d l'alcoolique δ est voisine de la précédente mais caractéristique des pays viticoles et de la France en particulier, il s'agit plus d'une impossibilité de s'abstenir de boissons alcoolisées que d'une perte de contrôle .

Enfin dans le dernier groupe ε , il s'agit d'appétence périodique que nous pouvons retrouver à l'état le plus pur dans la dipsomanie, mais également dans des appétences explosives liées à des coutumes locales telles les "fiestas" Espagnoles ...

Nous voyons ainsi qu'il peut y avoir des appétences simples laissant la liberté du sujet comme dans l'alcoolisme alpha et bêta, et des appétences toxicomaniaques caractérisées soit par une impossibilité de s'abstenir, le sujet présentant un syndrome de sevrage s'il essaie d'arrêter sa consommation d'alcool, tout en gardant la possibilité de restreindre ses ingesta ; soit par ce que JELLINEK

(a) "The disease concept of alcoholism" - Hill House-Press, oct. 1960 by JELLINEK.

appelle "la perte de contrôle" qui caractérise le buveur capable de s'abstenir totalement plus ou moins longtemps mais qui, le jour où il ressent une impulsion à consommer, boit verre sur verre sans possibilité de s'arrêter avant l'ivresse .

IL S'AGIT, UNE FOIS L'ALCOOLISME ET L'APPETENCE DEFINIS, DE VOIR QUELLES SONT LEURS PLACES RESPECTIVES ?

C'est en 1956 que FOUQUET et PAUMELLE introduisent en France la notion de "maladie alcoolique" qu'ils reprennent à JELLINEK et dans laquelle nous pouvons isoler trois composantes nettement distinctes que sont l'appétence, l'acte bibitoire ou troubles de la conduite et du comportement, et les manifestations cliniques de l'intoxication (ébriété, psychoses, poly-névrite ....).

Pour Michel FONTAN "l'essentiel de la notion de maladie alcoolique est l'appétence et non pas ses complications et ses suites" (54) car le problème fondamental de l'alcoolisme n'est ni de faire rétrocéder les séquelles post-éthyliques, ni de censurer les conduites bibitoires, mais bien de guérir le malade de son appétence envers sa boisson favorite .

xxx

Dans cette première partie, nous essaierons de caractériser la notion d'appétence telle qu'elle ressort de l'étude d'une littérature fort abondante sur ce sujet . Aussi, après une étude sur l'évolution de la notion d'appétence, nous étudierons les facteurs psychologiques et organiques propres à l'individu, puis les facteurs sociologiques propres aux collectivités d'individus, qui, les uns et les autres, déterminent l'appétence . Enfin, nous étudierons les thérapeutiques de l'appétence, intéressantes également pour cerner le concept .

B
HISTORIQUE

Il faut remonter en 1554 pour trouver sous la plume de PASQUIER le mot "appétence" qui viendrait du latin "appetentia" (désir) , de "petere" (demander) et aurait la même origine que appétit (1180 - Saint EVROULT), du latin "appetitus" (désir) dérivé de "appetere", signifiant convoiter (*a*) .

" L'Histoire de l'humanité nous montre le goût constant et général de l'homme pour l'alcool" .
H. EY (*b*) (49) .

Les anciens ressentirent vite l'ambivalence des boissons alcooliques dont l'appétence peut être un plaisir sain, gratifiant, mais dont les excès peuvent être malsains et donc, faute, vice, entraînant désordres et maladies . La frontière entre "appétence-gratifiante" et "appétence-vice" est fluctuante suivant les civilisations, les moments historiques, et les groupes .

L'attitude des Grecs et des Romains devant l'envie de boire des boissons alcoolisées était ambivalente : ils tentaient de profiter des plaisirs en excitant leur convoitise par des aliments salés tout en essayant de se protéger des effets nocifs .

(a) Nouveau dictionnaire d'étymologie - Larousse 1964, Paris.
(b) H. EY - page 396 - reprenant l'idée de LEWIN 1928.

Nous trouvons dans Gilbert BALLET-1903-(10) (*a*) les prescriptions de LYGURGERE, les lois de DRACON, les écrits des auteurs latins luttant contre les abus que provoque l'ivresse mais, d'autre part, les médecins grecs et latins essayaient de permettre au buveur de "s'adonner à sa passion sans se faire du mal" ce qui échoua souvent puisque l'histoire retint les noms célèbres de TIBERE, NERON, CALIGULA ...

L'Ancien et le Nouveau Testament recommandent constamment la modération dans l'usage des boissons alcoolisées, et le Coran, lui, les interdit .

CHARLEMAGNE s'émouvra de l'importance de la consommation du vin ...

Enfin l'alcool de distillation fait son apparition et BERTHELOT situe sa découverte dans le monde musulman vers le Xème siècle de l'ère chrétienne (*b*) , puis il apparaît chez les occidentaux grâce aux Arabes d'Espagne et les savants juifs dès le XIIème siècle (*c*) .

La distillation fut entreprise en grand sous Louis XII (1514) par la communauté des vinaigriers, elle répondit à une convoitise telle, que dès le XVIIème siècle, la vente fut réservée aux pharmaciens (10) .

1°- Jusqu'à la fin du XIXème siècle, le désir de boire n'est pas particulièrement étudié par les auteurs qui se penchent pourtant nombreux sur les méfaits de l'alcool en Russie, en Suède et en Angleterre . Parmi eux , citons : RUSER (1745-1813), TROTTER (1760-1832) , SUTTON (1767-1835) et MAGNUS HUSS (1807-1890) qui crée le mot "alcoolisme" en 1837 .

(a) *Gilbert BALLET - 1903 - page 400 - chapitre III, cite Horace :""Tostis marc enteur squillis recreabis et Afra potorum cochlea". Tu ramèneras la soif des buveurs si tu leur donnes des oignons rôtis et des escargots d'Afrique".*

(b) *BERTHELOT aurait trouvé pour la première fois le mot alcool chez un médecin persan : RHAZES - cf. (c).*

(c) *"Les mots alambic et alcool - La distillation et la civilisation islamique". Rev.de l'alcoolisme, T.VII,n°I, V et VI.*

Le désir de boire est bien toléré socialement et médicalement tant que le malade n'est pas à la période d'état, phase à laquelle ce désir est considéré comme un vice, une "anesthésie du sens moral" (G. BALLET), définition selon laquelle l'appétence conduirait à la folie dans le cadre de la théorie de la dégénérescence de MAGNAN .

2°- GUIARD , dans sa thèse (1902) (64) définira clairement l'appétence comme un "désir de boire" ... (p. 14) entretenu par une forte "contagion sociale" (page 25), et sera le premier à déculpabiliser cette notion en la médicalisant .

Mais dès l'année suivante, G. BALLET (10) et avec lui l'école classique française, décrit l'appétence comme l'étude des habitudes et des modes de boire (p. 414) , s'attachant ainsi à noyer la notion d'appétence dans une étude des conduites bibitoires .

3°- Ce sont les psychanalystes, ABRAHAM 1908, FERENCZI 1911, JULIUS-BURGER 1912 qui inaugurèrent véritablement l'étude de l'appétence en s'occupant de la personnalité antérieure de l'alcoolique, ainsi que de l'apparition, du développement et de la persistance de ce désir pathologique (FOUQUET) (55) .

4°- L'appétence à l'alcool devient une toxicomanie.

Parallèlement à ces études psychologiques furent menées des investigations toxicologiques qui, commencées dès la fin du XIXème siècle s'épanouirent récemment dans deux directions complémentaires .

L'étude toxicologique de l'alcool éthylique et de son métabolisme in-vivo amène LECOQ et coll. à dégager en France, il y a une quinzaine d'années une notion d'appétence "anormale, périodique ou chronique" qui est une "toxicomanie" (88) par dépendance physio-chimique à l'alcool et à ses dérivés .

Ensuite, l'étude des constituants autres que l'éthanol, des boissons alcoolisées, est notamment menée par l'école bordelaise (Professeurs GENEVOIS , J. et P. RIBEREAU-GAYON), et qui précise les pouvoirs hypnotiques des alcools et de la potentialisation de leurs effets avec certains polyphénols contenus dans le vin (Symposium de Montpellier -1964) -(131) .

Ces recherches sont inscrites dans tout un courant qui fait de l'alcoolisme un problème toxicomaniaque . Nous citerons simplement LEWIN (1928) (99) AITOFF (1942) (3), A. et M. POROT (1968) (122) et le Congrès de Washington (1968) pour lesquels l'appétence à l'alcool ne serait qu'un cas particulier de la tendance à l'usage des toxiques dont l'homme use pour soulager sa misère et échapper temporairement à son angoisse .

L'appétence à l'alcool est en effet voisin de l'état de besoin du morphinomane car il s'agit dans les deux cas de "satisfactions orales que l'individu recherche inconsciemment en buvant" (M. BURNER) (a) . Cette recherche de plaisir, proche du monde des instincts pouvant combler des tendances passives de dépendance et de gratification, ou au contraire pouvant être un acte agressif et de destruction buccale .

5° - L' addiction

Les travaux de JELLINEK et de l'Ecole du Centre de Yale ont permis d'une part de situer l'appétence dans le cadre de l'alcoolisme, notion qui sera introduite en 1956 en France par FOUQUET et PAUMELLE . La "maladie alcoolique" peut être définie comme l'abus de boissons alcoolisées (LECOQ), ses causes, ses développements et ses conséquences, tandis que l'appétence fait partie du trépied caractérisant la maladie alcoolique : appétence, conduite bibitoire et manifestations cliniques de l'intoxication (ébriété, psychose, polynévrite. . etc. .)

(a) M. BURNER : "Considérations psychologiques sur les excès pathologiques dans la civilisation moderne". Praxis 19/1964.

D'autre part, JELLINEK et BOWMAN dès 1942 désignent par "addiction" le fait que les alcooliques ne peuvent pas se passer de leur boisson . S'ils abandonnent ce mot en 1946, JELLINEK le reprend dans son ouvrage fondamental de 1960 : "The disease concept of alcoolisme" (77) dans lequel le terme "addiction" comprend un "désir ardent" (67) de boire de l'alcool et une dépendance physio-chimique (LECOQ) . L'addiction englobe donc l'appétence et le syndrome de dépendance biologique .

6°- Après être resté quelques années sous silence, l'intérêt de l'appétence renaît en 1965 grâce à FORTAN qui en souligne l'oralité et le caractère cognitif car il se déroule en pleine conscience pour l'observateur et non pour le sujet . Enfin, il reprend une règle classique selon laquelle l'appétence est inguérissable même après sevrage .

En 1969, MUTRUX étudie l'appétence au niveau des relations humaines "alimentaires" . Il s'agit pour lui d'une "recherche de satisfactions hédoniques de nature spécifiquement alitionnelle (motivations nutritionnelles) et nullement érotico-sexuelle" . Aussi distingue-t-il trois "motivations de cette activité particulière" qui sont le besoin de boire, un hédonisme bibitoire constitué d'une part d'un conditionnement, ou signifiant relationnel, et d'autre part de "source de sensations agréables" gustatives, et un troisième fait en dehors de toute soif et de toute sensation gustative le sujet buvant en toxicomane pour retrouver les effets psychotropes de l'alcool.

Ainsi ce qu'il y a de nouveau chez MUTRUX par rapport aux auteurs antérieurs c'est le plaisir gustatif dans l'appétence .

Donc, émergeant de la notion de vice, à peine déculpabilisée et définie par GUIARD en 1902, la notion d'appétence s'obscurcit dans les multiples voies d'abord et travaux dont est l'objet l'alcoolisme .

C'est JELLINEK à partir de 1942 qui en donnera une idée cohérente dans le cadre de l'alcoolisme , mais c'est FORTAN en 1965 et MUTRUX en 1969 qui remettront la question à l'honneur .

C
FACTEURS D'APPETENCE INDIVIDUELLE

" D'une part, intervient l'intoxication biologique de l'organisme, d'autre part la prédisposition mentale du sujet " écrivait LECOQ en 1957 (89).

C'est à notre avis les deux facettes de l'appétence individuelle, que nous allons maintenant successivement envisager .

I - LES FACTEURS ORGANIQUES DE L'APPETENCE , OU COMMENT L'ALCOOL ET LES AUTRES CONSTITUANTS DES BOISSONS ALCOOLISEES PEUVENT-ILS CREER L'APPETENCE ?

Même chez le sujet n'absorbant jamais d'alcool, il y en a toujours une certaine quantité dans le sang: 20 à 40 mg/l, qui représente un déchet du métabolisme des sucres et le résultat des fermentations intestinales dues à des bactéries . C'est ce que l'on appelle l' alcool endogène dont le taux augmente pendant la grossesse et les états hypoxiques (J. C. MARTY) (102) .

D'emblée nous pouvons nous demander : comment l'éthanol peut-il créer l'appétence puisqu'il en existe normalement dans le sang ?

C'est ce que nous allons expliciter facteur par facteur .

L'alcool exogène est apporté par la consommation des diverses boissons alcoolisées dont le titre varie entre 3 et 60° d'alcool éthylique . Cet éthanol peut être absorbé par la voie pulmonaire, cutanée et digestive, auquel cas il passe la paroi gastrique sans subir de transformation .

L'ingestion d'alcool donne une vaso-dilatation périphérique produisant une sensation de chaleur ; de même il a un effet stimulant apparent ; enfin, il apparaît dans la thèse de MARTY que le comportement psychomoteur de l'alcoolique à jeun est amélioré par une petite dose d'alcool éthylique . Il est aisé de comprendre alors qu'il présente un attrait considérable pour certains sujets.

Aussi nous envisageons dans un premier temps l'étude des effets de l'éthanol, ensuite nous étudierons le rôle des autres constituants des boissons alcoolisées .

A/ LES EFFETS DE L'ETHANOL PEUVENT-ILS EXPLIQUER LE DESIR DE BOIRE ,

1°- L'éthanol est-il une drogue psychotrope ?

Dès 1905, TRIBOULET, MATHIEU et MIGNOT (145) présentent cliniquement l'éthanol comme euphorisant, excitant puis discrètement anesthésiant . Cette même idée a été reprise en 1964 par THELIN (141) .

- L'effet narcotique a été surtout étudié par les expérimentateurs comme MASSERMAN et YUM (103) sur des chats . Ainsi pour PERRIN en 1950 (*a*) , l'éthanol se

(à) PERRIN, pages 333 et suiv.

comporterait en narcotique produisant au début de son action une certaine excitation comme nombre d'anesthésiques . Cette narcose serait centrale "tout se passe comme si..." l'éthanol paralysait les fonctions cérébrales supérieures . PERRIN reprend donc une théorie de SCHMIEDEBERG et rejoint l'opinion de Paul BERT .

Pour QUASTEL (*a*) l'éthanol se conduirait bien comme un narcotique en inhibant la stimulation métabolique produite par le potassium (en assimilant l'augmentation de la concentration locale de potassium à la stimulation nerveuse) .

Cette action anesthésiante même à faible dose a été mise en évidence par épreuves psychophysiologiques par DODGE et BENEDIC et qui ont montré que pour des doses de 30 à 40 cm^3, donc relativement faibles, l'"acuité de toutes les sensations diminue tandis que le temps perdu des réactions augmente" (117) (p. 333) .

- L'éthanol a-t-il des effets réserpiniques ?

Si au contact de la muqueuse buccale, l'éthanol exerce une action stimulante réflexe sur les sécrétions avec une hypertension précoce mais très fugace, c'est très vite l'action dépressive qui prédomine . Cette action sédative étudiée par TRIBOULLET (*b*) qui retrouve une hypotension, une hypotonie et une dilatation cardiaque et des vaisseaux périphériques avec sensation de chaleurs est semblable à celle de la réserpine . D'autant plus que DIETHELM et FLEETWOOD en 1951 (*c*) grâce à des réactifs biologiques décelèrent chez le rat et le lapin des

(a) QUASTEL 1955 - cité par TREMOLIERE-GRIFFATON-LOWY dans Revue de l'Alcoolisme 1959.
(b) déjà étudiée par CLARK et GROLHMANN.
(c) Cité page 7 dans le T.2 sur l'Alcoolisme dans les "Synthèses cliniques", supplément des "Monographies Médicales et Scientifiques", n° 91, mars 1961 et par Francine CHEVAL-DELFOLIE - Thèse Lille 1961.

substances en rapport pour eux avec des émotions fondamentales ("anxiété, tension, ressentiment") et qu'à l'"anxiété" se rapporte une substance comparable à la noradrénaline, à la "tension" se rattache une substance de type cholinergique et un produit semblable en cas de "ressentiment" . Ils trouvent alors que l'ingestion d'alcool diminue ou fait disparaître ces substances (alors que ni le dibénamide, ni la méphésine, ni l'amytalsodique n'influence le taux notamment dans le cas du "ressentiment"). Or la réserpine fait disparaître la noradrénaline de l'organisme (H. SCHMITT page 173) (137) . Ce qui conduit SMITH, TINTERA et LOWEL(*a*) à penser que l'appétence à l'alcool serait conditionnée par la noradrénaline et donc la vagotonie, car si l'éthanol agit comme la réserpine par la diminution du médiateur chimique sympathique , il concourt à la diminution du tonus sympathique et par là la prévalence du parasympathique (par paralysie des fibres post-ganglionnaires sympathiques) . Enfin nous connaissons la fréquence des gastrites et des ulcères d'estomac chez les éthyliques , comme chez le malade abusant de réserpine (hyperchlorydrie gastrique) .

- L'éthanol aurait-il une action thymoanaleptique ?

Cependant , l'"Association française pour l'information médicale et chirurgicale" (*b*) relate les résultats d'une équipe américaine qui trouve qu'après ingestion de 1 g/kg de poids d'éthanol, la tryptamine urinaire augmente dans un premier temps pendant que le sujet trouve une agréable sensation euphorique, puis diminue dans un second temps pendant lequel le sujet est déprimé, pour enfin rester à un palier bas ayant tendance progressivement à augmenter pendant que s'instaure une sensation d'ennui.

(a) Thèse CHEVAL-DELFOLIE.
(b) Bulletin n° 234, cité page XIX dans la Revue de l'Alcoolisme, T. 9 , n° 4, 1963.

D'autre part d'après GIACOBINI (1960) (*a*), les catécholamines urinaires sont augmentées en cas d'alcoolémie forte et il donne les chiffres suivants :

	Norépinéphrine γ /24 h.	Epinéphrine γ /24 h.	Total
Témoins	18,2	6,4	24,6
Alcoolémie	39,8	14,0	53,8

Or les I.M.A.O. empêchent la désamination oxydative de la 5-hydroxytryptamine et pour certains auteurs des catécholamines (7). Cette augmentation de la 5 O.H. -tryptamine cérébrale serait responsable de la sensation de bien-être, d'abolition de fatigue et d'augmentation d'appétit (l'alcool n'augmentant pas l'appétit par la gastrite qu'il entraîne et l'apport calorique qu'il fournit).

M. BOURGEOIS et P. HENRY en 1965 (19) ont utilisé dans des cures de désintoxication alcoolique le Niamide associé au Disulfirame avec des résultats intéressants. Ils pensent que si l'action de ce produit est avantageuse c'est par la substitution de l'action I.M.A.O. de ce produit à celle équivalente de l'éthanol.

Mais les I.M.A.O. rendent l'effet de la réserpine excitant par l'augmentation des 5 O.H. tryptamine

(a) Symposium Bel-Air - Genève sept. 1961 : "Monoamines et S.N.C." Masson et Georg. - SUISSE, 1962, p. 195. reproduit un tableau de GIACOBINI - Arch. Gen. Psych., 1960, 3, 289-297.

dans le cerveau, et hypertenseur par l'accumulation des catécholamines dans le sang (137).

Aussi avec KISSIN et HARIKOFF (82) nous pouvons dire que l'alcool éthylique ne peut pas être classé dans le groupe des hypnotiques dépresseurs comme les barbituriques, paraldéhyde, hydrate de Chloral car ceux-ci diminuent la réaction sympathique centrale quel que soit son niveau antérieur, alors que l'éthanol comme la réserpine et les neuroleptiques, a une action pharmaco-normalisante de certaines fonctions neuro-végétatives (et ceci plus spécialement chez l'alcoolique). Il diminue la réactivité sympathique centrale lorsque celle-ci est primitivement élevée, mais l'augmente quand elle est basse ou normale. Ainsi l'éthanol doit combiner les effets des thymoanaleptiques (I.M.A.O.) et des sédatifs (Réserpine).

Tout récemment au Congrès de l' American Chemical Society, M. COLLIN et G. COHEN (*a*) ont fait l'hypothèse que l'alcool rendait ivre par transformation de l'acétaldéhyde dans l'organisme au contact de l'adrénaline en produits apparentés aux tétra-hydro-isoquinolines, voisins de certains alcaloïdes.

2°- Le catabolisme de l'éthanol et ses conséquences sur l'appétence.

Certains facteurs d'appétence peuvent s'expliquer par le catabolisme de l'alcool qui est important car 98% de l'éthanol ingéré est métabolisé (TREMOLIERES) (144). Dès 1909, BATELLI et STERN (11) avaient décrit une alcoolase mais il faut attendre Erik JACOBSEN en 1951 (76) pour voir clairement deux voies du métabolisme de l'éthanol dans l'organisme : la voie de l'alcool

(a) Cité dans C.M. n° 52, déc. 1968, pp. 8 987.

déshydrogénase dans le foie (*a*) et celle de la catalase(*b*) puis LECOCQ décrit en 1957 (89) quatre voies possibles de catabolisme : - la déshydrogénation, la décarboxylation, l'acétylation et la peroxydation -, mais nous suivrons le plan simple de APFELBAUM (1968) (6) qui isole les deux voies principales .

D'abord la voie de l'alcool-oxydation par l'A. D. H. qui nous donne un bon exemple d'acidose consécutive au métabolisme de l'éthanol, acidose qui va nous permettre de parler de la théorie des chronaxies de LECOQ expliquant l'état d'appétence organique ou "besoin".

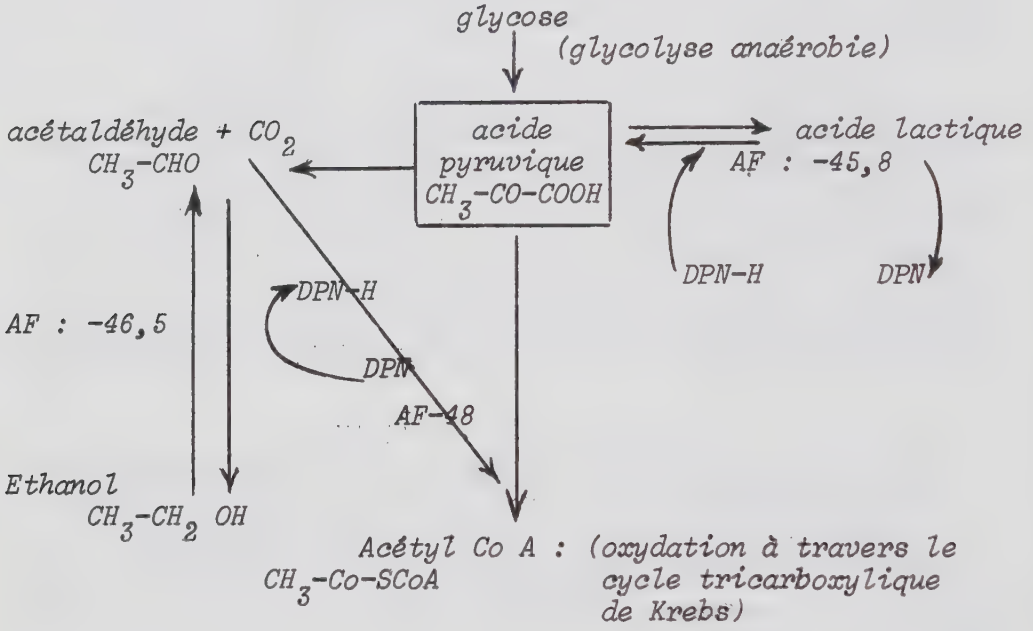
Ensuite nous envisagerons la voie de peroxydation de TREMOLIERES, qui va nous montrer comment un sujet peut augmenter d'une façon démesurée ses ingesta d'alcool éthylique sans trouble apparent .

- Voie de l'alcool-oxydation et théorie des chronaxies de LECOQ .

L'alcool-oxydation par l'alcool-déshydrogénase (A. D. H.) se situe au niveau du foie et transforme l'éthanol en eau et gaz carbonique avec production de 7 calories par gramme d'éthanol . Le coefficient d'éthyl-déshydrogénation est de l'ordre de 60 à 80 mg par kg de poids et par 24 heures . Il n'est pas adaptable étant lié à la quantité d'A. D. H. présente dans le foie par 24 h. (soit 1, 5 g) , aussi le sujet quoi qu'il fasse ne pourra pas brûler plus d'éthanol, sauf dans certaines conditions métaboliques complexes (l'insuline et l'adrénaline augmenteraient l'utilisation de l'alcool éthylique) .

(a) cf. page 123 (76).
(b) cf. page 125 (76).

Le schéma de cette voie est le suivant (cf. TREMOLIERES, GRIFFATON, et LOWY 1959) (142) .



(Notes des auteurs : les chiffres sur flèches indiquent l'énergie libre AF en K calories par mole à 25° pH_7 , 0,2 atm. et à concentration 0,01 M. des autres réactifs. Krebs H. A., Chemical pathwoays of metabolism, 1954, I , 158) .

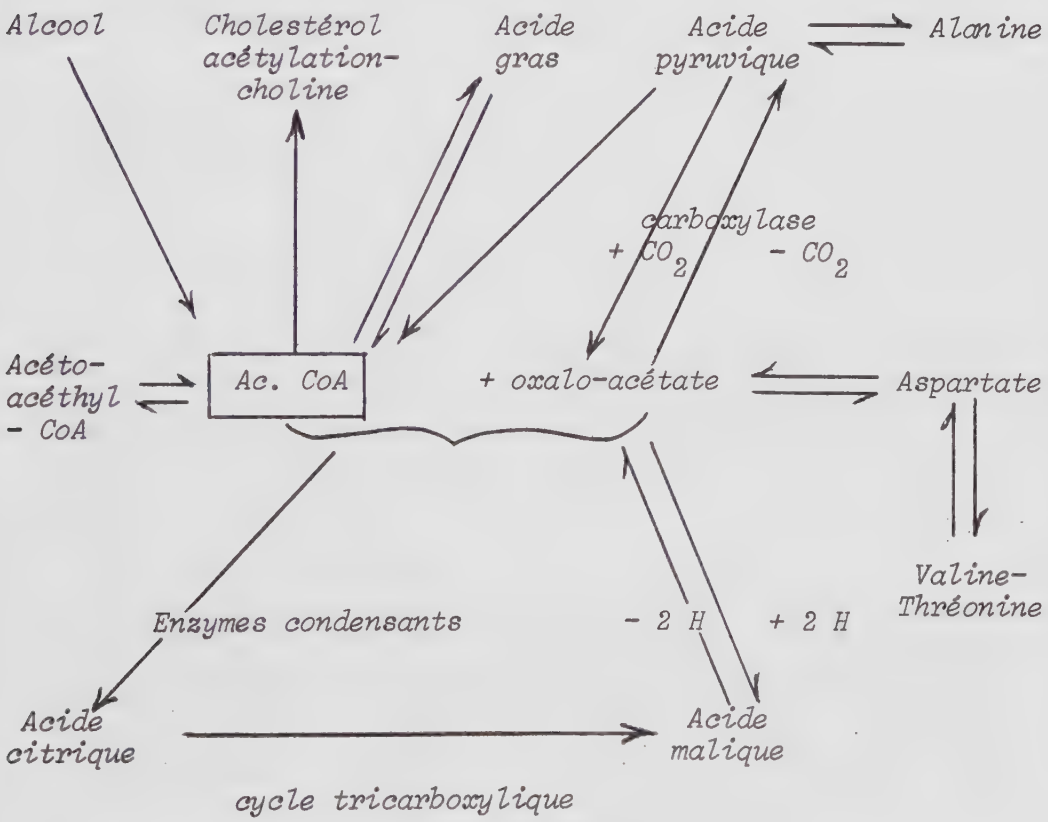
En somme :

a) Dans cette voie le N. A. D. réduit après transformation de l'éthanol en acétaldéhyde doit céder 2 H à l'acide pyruvique qui se transforme ainsi en acide lactique,

tête de file des "métabolites de fatigue" dont le rôle nuisible est classique (cf. CREFF et DEBERRE 1967 (*a*) -).

b) Quant à l'acéthyl Co A il peut être oxydé dans le cycle de l'acide citrique et transformé en cholestérol et acide gras, ou être utilisé dans les acétylations .

c) MASORO en 1953 cité par TREMOLIERES (142) trouve par oxydation de l'alcool marqué par Carbone quatorze du Co_2 , des acides gras et du cholestérol . Il s'agit donc d'une synthèse lipidique dont TREMOLIERES donne le schéma suivant (142) .



(*a*) *Sem. Hôp. Suppl. inform. 1967, 19-20.*

d) L'alcool augmente la sensibilité à l'acétone et l'acétone accroît la sensibilité à l'alcool (142) . L'oxydation de l'alcool produit donc une augmentation des corps cétoniques dans un premier temps (c'est-à-dire acide acétylacétique,acide β hydroxybutyrique et acétone) .

e) La dégradation des acides pyruviques et lactiques peut être ralentie par carence relative en aneurine du fait de l'importance des besoins (LECOQ) (92) .

En conséquence, il se crée un état d'acidose comme le notait R. LECOQ en 1954 (88) :"une tendance acidosique nette avec chute de la réserve alcaline plasmatique" qui va jouer un rôle primordial dans sa théorie des chronaxies du besoin organique en alcool .

Les premières applications chronaximétriques au sujet de l'alcoolisme se situent en 1930 parallèlement par LAPICQUE ,A. et B. CHAUCHARD et KAJIWARA et par VABE, VERDIER et VIDACOVITCH (91) .

En 1949, LECOQ peut écrire que "l'absorption répétée d'alcool amène en quelques jours, du fait des troubles humoraux qu'il entraîne (chute de la R.A., exagération du rapport cholestérol-urée), un état d'hyperexcitabilité nerveuse (décelé par un déséquilibre des chronaxies nerveuses antagonistes) que calme momentanément une nouvelle ingestion d'alcool en amenant une phase transitoire d'euphorie suivie d'une phase opposée, aggravant l'excitation nerveuse et conditionnant l'impérieux besoin de boire" .

Puis LECOQ et Pierre ISIDOR en 1964 (92) trouvent sur le plexus axillaire d'un encéphalopathe alcoolique décédé que les cylindraxes sont altérés comme s'ils avaient subi des "fragmentations par étirement" alors que la gaine de Schwann et la myéline étaient pratiquement normales . Ils en concluent que "l'alcool éthylique incomplètement catabolisé, aboutit à la formation de dérivés pyruvico-lactiques dont les premières atteintes se manifestent sur les nerfs périphériques" .

D'autre part, l'éthylique est un carencé magnésien dans les complications aiguës de l'alcoolisme (DELMAS-MARSALET 1941) comme dans l'alcoolisme chronique (DURLACH et CACHIN (45)-) . D'après les travaux de ces derniers (*a*)

"une action essentielle du Magnésium semble être l'activation de l'A.T. P ase membranaire qui joue un rôle majeur dans la captation et le stockage intra-cellulaire de l'ion K^+, de l'acide amino-butyrique et de l'acétylcholine (R. WHANG et Al. 1963, M. GERMAIN et al. 1965). L'inactivation de l'A.T. Pase magnéso-activable par le déficit magnésien sera d'autant plus néfaste chez l'alcoolique que l'éthanol inhibe lui-même cet enzyme (Y. ISRAEL et al. 1965)". Le magnésium est nécessaire à la"synthèse du G. A. B. A. par décarboxylation d'ammonium (B. C. CHLAPOUVAL et al. 1966). Ainsi le Magnésium maintient la stabilité de la membrane (H. T. GORDON , 1948, R. COIRAULT 1959) s'opposant à la sortie cellulaire des K^+, G. A. B. A. et acétylcholine, comme à l'accumulation ammoniacale (O. F. HUTTER et al. 1954, M. GERMAIN et al. 1965)" .

Il s'ensuit également anorexie et déperdition potassique . Bref le déficit magnésien crée une irritabilité neuro-musculaire (J. DURLACH et al. 1959 à 1966). Ce qui s'intègre parfaitement dans la théorie des chronaxies de LECOQ .

Ainsi la voie de l'A. D. H. entraîne une acidose et un déficit magnésien dont le résultat est une hyperexcitation des cylindraxes de l'organisme . Aussi :

"tout nouvel apport crée un état d'euphorie transitoire liée à l'action dépressive de l'alcool, mais les perturbations métaboliques consécutives entraînent une excitation encore plus accusée et à nouveau le besoin" .
(LECOQ B. et P. CHAUCHARD et H. MAZOUE 1957) (91).

(a) (45), page 23.

Ce besoin est donc un "cycle infernal, que la volonté de l'individu est incapable de briser" LECOQ, 1958 (90).

- Voie de secours du catabolisme de l'éthanol.

L'éthanol peut être oxydé également par le système peroxydasique qui est une voie d'appoint se créant par l'habitude d' une consommation trop importante d'alcool dépassant les possibilités de la voie normale de l'A. D. H. Ce système peroxydasique a été particulièrement étudié par TREMOLIERES et CARRE en 1960 (143) : " le système de la xanthine oxydase , catalase ou celui d'une D-amino-acide-oxydase peuvent ainsi en 30mn oxyder le quart de l'alcool présent " . Il n'existe que chez l'alcoolique .

Le taux de l'azote résiduel et du phosphore organique acido-soluble s'élève en même temps chez l'alcoolique ; aussi les auteurs pensent que cette voie exige une mobilisation des nucléotides tissulaires par mise en jeu d'un réflexe surrénalien ainsi que leur "oxydation couplée" à celle de l 'éthanol; ce qui entraîne une démolition coûteuse, donc une dénutrition .

On sait (6) que des rats qui acceptaient comme boisson de l'eau contenant 10% d'alcool se laissent mourir de soif s'ils n'ont que ce breuvage après administration d'hypoglycémiant de synthèse qui gène la métabolisation de l'alcool . Ainsi la quantité qui fait envie et qui est effectivement prise serait directement liée à la quantité catabolisable .

Ainsi l'alcoolique en créant sa voie de métabolisation (toxique pour l'organisme par dénutrition) de l'éthanol par peroxydation est amené à augmenter impunément au début sa consommation d'alcool car il le "supporte" comme il le dit lui-même . C'est ainsi d'après APFELBAUM que "la voie enzymatique de secours devient un ogre exigeant" .

3°- Ethanol : diurétique assoiffant .

L'alcool, tout comme l'antésite étudié par le Docteur JOUPPE (80) sont des liquides qui font entrer le sujet qui en abuse dans le cercle vicieux de la soif (polyurie et polydipsie) . La plupart des alcooliques chroniques ont une consommation supérieure à la moyenne des sujets normaux (⩽ 2 litres) (42) .

BERNARD, LAMELIN et DELATTRE en 1965 apportent la preuve expérimentale que l'alcool déshydrate les tissus (14). En effet, l'éthanol est une petite molécule qui a pour des concentrations modérées, une pression osmotique importante . La distribution d'eau entre le comportement intra et extra-cellulaire s'en trouve modifiée (6) . L'éthanol est également un inhibiteur de l'A. T. Pase (6) qui de cette façon intervient sur la "pompe à sodium".

Nous étudierons successivement l'action de l'alcool sur les deux mécanismes fondamentaux de l'équilibre hydrique de l'organisme : la sensation de soif et la fonction diurétique .

- La "sensation de soif" pour FABRE et ROUGIER (50) peut être due à une sensation locale de sècheresse du larynx et de la bouche , ce qui peut être produit par l'éthanol puisque nous avons vu ci-dessus qu'il déshydrate les tissus .

Pour MONTASTRUC , dans le traité de C. KAYSER, la soif est une "sensation spéciale" qui traduit le besoin en eau de l'organisme .

> "En 1900, André MAYER montra que la soif avait pour substrat humoral constant une élévation de la pression osmotique du plasma . . . Les expériences de GILMAN (1937), d'HOLMES-GREGERSEN (1950) et de HAMBRUGER (1953) ont démontré que la soif serait liée, non pas à la concentration moléculaire réelle du plasma sanguin, mais à la différence de concentration entre le plasma et le milieu intra-cellulaire " .

Ainsi, la sensation de soif apparaîtrait chaque fois qu'il

y aurait une hypertonie extra-cellulaire et donc déshydratation intra-cellulaire . Plus loin, MONTASTRUC note que l'ingestion d'eau et la sécrétion d'hormone antidiurétique seraient réglées par osmo-sensibilité hypothalamique.

"L'excitation des osmo-récepteurs hypothalamiques conduit à la recherche et à l'ingestion d'eau . Lors de telles stimulations expérimentales, l'animal boit avec avidité; quelle que soit son hydratation préalable, il peut consommer un volume correspondant au tiers de son poids corporel" .

Ces osmo-récepteurs hypothalamiques ayant une certaine identité fonctionnelle avec les dipso-récepteurs, WOLF pense même qu'un seul groupe d'osmo-récepteurs hypothalamiques pourrait régler la diurèse par l'intermédiaire de l'A. D. H. et les ingesta de liquide par la soif .

Toujours d'après MONTASTRUC ,

"ANDERSON et d'autres auteurs considèrent que le centre hypothalamique de la soif ne se limite pas aux structures neuro-hypophysaires et qu'il comporte une zone inhibitrice dont la destruction exagère le besoin d'eau et une zone facilitatrice dont la lésion supprime la soif. ."

Et plus loin :

"au niveau de l'encéphale, on ne sait pas comment des afférences bucco-pharyngées et l'activation hypothalamique engendrent le besoin conscient de boisson ; la stimulation électrique du centre hypothalamique de la soif a permis à ANDERSON et WYZRWICKA (1957) de reproduire des réactions motrices conditionnées avec ingestion d'eau . Il n'existe pas d'argument expérimental formel en faveur d'une représentation corticale de la soif. Cette sensation persiste en effet, chez les animaux décortiqués de GOLTZ, mais par ailleurs, le besoin légitime d'eau peut être perturbé par lésion ou dérèglement cortical",

et il conclut que l'hypothalamus n'est pas le seul centre à intervenir dans la régulation nerveuse de la soif .

Comme nous savons que l'éthanol augmente la pression osmotique du sang, il crée une hypertonie extra-cellulaire, suivie d'une déshydratation intra-cellulaire qui produit une excitation sur les osmorécepteurs induisant une sensation de soif . Le cercle vicieux est ainsi créé : le fait de boire de l'alcool entraînant le sujet à avoir soif .

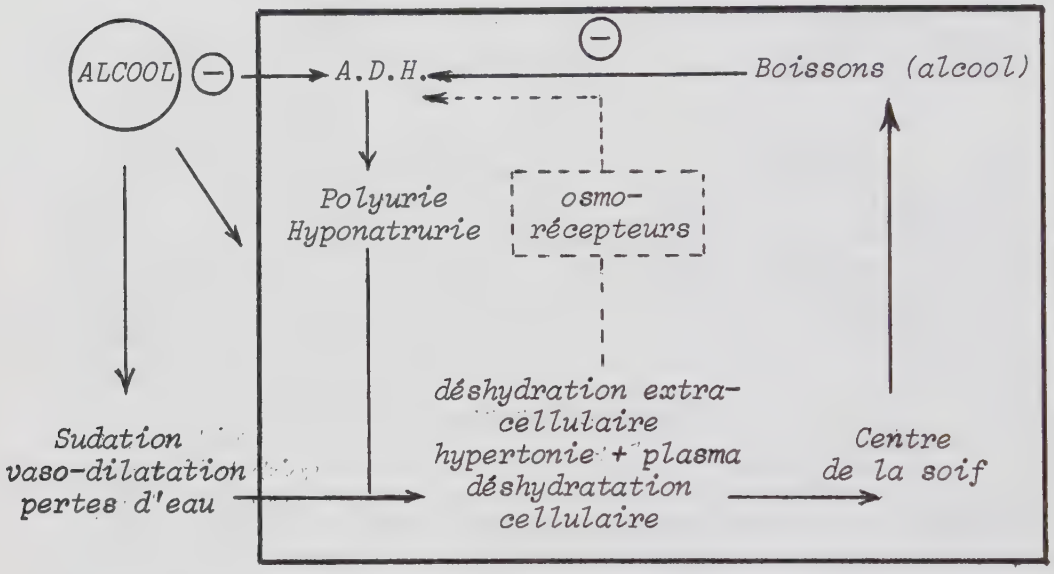
- La fonction diurétique de l'éthanol a été remarquablement étudiée dans la thèse de Michel GARRIGUES en 1964 (61) pour lequel l'alcool est un inhibiteur de la sécrétion antidiurétique (A. D. H.) L'ingestion d'alcool éthylique "augmente considérablement l'envie de boire" (*a*) . La polyurie et la polydipsie constatées simultanément d'une part et les injections d'extraits post-hypophysaires (vasopressine) réduisant la soif consécutive à l'ingestion d'alcool d'autre part, confirment le rôle "inhibiteur de l'éthanol" sur l'A. D. H. (*b*) .

De fait, l'inhibition de la sécrétion antidiurétique entraîne une polyurie ou un diabète insipide, suivant sa durée, permanente ou passagère . La stimulation des dipsorécepteurs augmentera le besoin d'eau et entretiendra une polydipsie qui à la longue, mettra la sécrétion antidiurétique dans un état de "repos fonctionnel" . Dans le diabète insipide où il y a ce même repos fonctionnel , la sécrétion de l'hormone antidiurétique, du fait des interventions neuropsychiques, peut être en rapport avec les connexions hypothalamo-corticales, après un certain temps, produit un "disfonctionnement des dipso-récepteurs" . Ce qui fait dire que "tout diabète insipide se double de potomanie", de même pourrions-nous dire que tout alcoolique chronique se double de potomanie .

(a) thèse GARRIQUES, page 39.
(b) thèse GARRIQUES, pages 39 et 40.

Nous reproduisons partiellement un schéma de GARRIGUES qui montre comment il existe chez les alcooliques chroniques une tendance à la déshydratation, conduisant à la soif .

SCHEMA DE GARRIGUES



Ainsi lors d'une intoxication épisodique, la déshydratation peut être compensée dès la disparition de l'alcoolémie . Tandis que dans une imprégnation, la polyurie et la polydipsie s'installeront .

Enfin à la suite de PERRIN (1961), GARRIGUES parle dans une phrase plus avancée de "véritable diabète insipide" avec atteinte du diencéphale diffuse ou localisée aux noyaux hypothalamiques secrétant la vasopressine .

Cette soif provoquée par l'éthanol incite le sujet à reprendre de sa boisson préférée et par là même fait partie des facteurs de l'appétence .

4°- Autres notions de prédisposition ou d'entretien de consommation éthylique .

a) Théorie de l'allergie à l'alcool .

SAPELIER et DROUARD en 1903 sont les premiers à proposer la notion d'une allergie spéciale, suivis de MANOKOFF en 1914 et de BECHHOLD (Leipzig) en 1916 .

Enfin LOISELEUR et Mlle SAUVAGE trouvent des anticorps après injection d'alcool éthylique; pour eux, l'éthylique est porteur de ces anticorps "dont la saturation explique l'état de besoin" (26) (p. 22).

Cependant, M. W. ROBINSON et W. L. VOEGLHIN n'ont pas retrouvé sur l'homme et sur l'animal ces anticorps ... Pourtant, en 1968 REAGAN HICKS publie une observation dans laquelle il ne peut expliquer que par l'éthanol, les réactions allergiques différentes d'une simple vaso-dilatation alcoolique qu'il a constatée (69) .

b) Théorie génétique : l'appétence héréditaire existe-t-elle ?

Très bien étudiée dans la thèse de Francine CHEVAL DELFOLIE (1961) dont nous reprenons les idées :

C'est MOREL et MAGNAN qui mettent l'accent sur la dégénérescence qui peut commander la conduite alcoolique . LEGRAIN écrit en 1859 "Hérédité et alcoolique", suivi de RYBAKOW et ROSENBERG en 1906 et 1914, enfin en 1924 KROWN conclut au rôle héréditaire .

De nombreux faits semblent donner raison à cette hypothèse :

- Les familles des éthyliques sont nombreuses (PERRIN)
- Les grossesses des éthyliques sont de mauvaise qualité (DESHAIES) .
- L'éthylisme retentit sur l'activité sexuelle :

PERRIN, BERTHOLET et WILLARET montrent que les glandes sexuelles peuvent être altérées par l'alcoolisme, jusqu'à arriver à l'azoospermie .

BOSS compte deux fois plus de prématurés et de mort-nés chez les femmes alcooliques, et parmi les survivants il faut dénombrer beaucoup d'arriérés mentaux , d'épileptiques, de maniaques et de délirants .

Mais BROUSSEAU et DEROBERT critiquent cette hypothèse, car l'appétence à l'alcool n'est qu'un symptôme parmi beaucoup de facteurs . STOCKARD de 1910 à 1925 expérimente sur 5000 cobayes et se rend compte qu'il y a deux fois plus de mortalité embryonnaire chez ceux qui reçoivent de l'alcool . Ceci confirmerait ce que MOREL appelait les "Blastophories" . Pour d'HENCQUEVILLE , la dégénerescence serait régressive . Par contre, les dipsomanies seraient héréditaires pour JELLINEK .

En conclusion avec Francine CHEVAL DELFOLIE, nous pouvons dire que le facteur génétique ne s'impose pas et R. J. WILLIAMS en 1947 a exposé une conception génétique basée sur le déficit nutritionnel initial constituant un type métabolique prémorbide favorisant l'appétence, non confirmée par Robert et E. POPHAM en 1959, en rapport lointain avec la génétique puisqu'influencée essentiellement par le milieu .

c) Conditions endocriniennes de l'appétence à l'alcool .

Les processus endocriniens interviennent dans les facteurs d'appétence car l'ingestion de poisons thyroïdiens augmente la consommation volontaire d'alcool chez les animaux de laboratoire (84) ; d'autre part, Francine CHEVAL DELFOLIE cite pages 24 et 25 de sa thèse qu'un

traitement de dix jours de diéthylati-boestrol fait diminuer la consommation spontanée d'alcool chez des rats et des rattes . Le départ de la consommation d'alcool serait peut-être dans ce deuxième cas, une hypo-œstrogénie et dans le premier, une hypothyroïdie .

Or, dans l'alcoolisme humain, c'est ce qu'on retrouve car l'ingestion d'alcool dans un premier temps crée un hyperfonctionnement surrénalien (AUBERTIN) (*a*) et RAPHAEL) , suivi d'insuffisance (SMITH) . Ce qui correspond à la phase d'excitation première de l'éthylique suivie d'une phase paramyxœdémateuse d'après VILLARET et RAPAPORT (*b*) .

Enfin LEVINE note une diminution de la libido des alcooliques chroniques dans 70% des cas (*b*) .

Ainsi SUTTER dans la thèse de SAFAR attribue l'éthylisme à un dérangement diencéphalohypophysaire à point de départ cortical et à retentissement surrénalien (26) (page 24) .

d) Nutrition-appétit : facteurs d'appétence par déséquilibre alimentaire .

MARDONES, SEGOVIA et HEIDERRA (100)en 1954 trouvent que des rats qui ont le choix entre eau et alcool, augmentent leur consommation d'alcool éthylique si leur régime est carencé en thiamine ou en facteur thermostable (facteur N) . Ce qui correspond aux résultats de KORMAN et STEPHENS en 1960 (84) .

D'autre part, M. REYNOUARD (129) note que pour une ration alimentaire hyperlipidique chez des rats donnant des lésions de la zone fasciculée de la corticosurrénale, ces lésions sont moins importantes si l'animal a consommé un mélange : eau plus alcool. Ce qui expliquerait une sorte d'appétence .

(a) AUBERTIN, cité par PERRIN et LENNE dans : Synthèses Cliniques de 1961, n° 91, page 13.

(b) VILLARET et RAPAPORT, cité par PERRIN et LENNE, dans : Synthèses Cliniques 1961, n° 91, pages 14 et 15.

D'autre part, le déséquilibre alimentaire par carence d'apport en Vit. B est un facteur d'appétence par augmentation de la quantité d'acides pyruviques dans le sang, ce qui nous renvoie à la théorie des chronaxies de LECOQ .

Enfin l'éthylique absorbant sous forme d'éthanol une importante quantité de calories (trois litre de vin rouge à 10° représentent environ 2000 calories), il s'ensuit une diminution globale de l'appétit, liée également aux facteurs de plénitudes gastriques, d'effet euphorique et à la gastrite . Ce qui augmente la dénutrition, mais exacerbe l'appétence aux boissons alcoolisées prises à la place d'aliments qui le "dégoûtent" et lui "font du mal" comme il le dit lui-même .

e) Quelques résultats d'expérimentation animale sur l'appétence . .

Nous ne citerons pour être plus clair que les recherches effectuées sur l'appétence dans deux directions différentes mais complémentaires, au Japon par IIDA (1957-58) et aux U. S. A. par MIRONE d'une part et PURDY et LEE d'autre part (1957-62) .

1- A l'université d'Hokkaïdo-Sapporo (Japon) , IIDA en 1957-58 émet l'hypothèse que certaines perturbations des systèmes enzymatiques du foie entraîneraient une appétence pour l'alcool qui réduirait sélectivement une toxine (facteur de Fleetwood ?) ainsi libérée .

L'auteur part de la théorie de WILLIAMS qui suppose qu'une déficience nutritionnelle voire génétique peut augmenter l'appétence à l'alcool par création d'un désordre humoral ou émotionnel . Or, pour IIDA, c'est au niveau du foie que l'appétence peut être perturbée et d'après ses expériences :

- Si on induit chez le rat une cirrhose du foie par le C. Cl_4 , le chloroforme, le phosphore, l'appétence à l'alcool augmente . Par contre , si le toxique employé est du formate d'alhyle ou de l'éthiomine la consommation d'alcool n'est pas augmentée .

L'injection I. P. de Vit. C chez des souris intoxiquées au C. Cl4 fait diminuer l'appétence .

- Il divise ensuite un lot de souris mâles adultes (souches S. 360 M) de 15 à 25 g en deux groupes au même régime alimentaire . Le groupe témoin a le choix entre eau pure et eau avec éthanol à 15%, par contre le groupe étudié a le choix entre eau salée (1% Na Cl) et eau salée (1% Na Cl) additionnée d'éthanol à 15% .

Si le groupe témoin préfère l'eau pure, le deuxième groupe préfère le breuvage alcoolisé . Pour éliminer le parasitage gustatif à l'eau salée, dans une autre série, il remplace le Na Cl de l'eau de boisson par des injections I. P de même corps et constate le même effet que dans le second groupe : les souris ayant des injections de sel choisissent l'eau alcoolisée .

Pour s'assurer qu'il s'agit de l'effet du sodium, il remplace le Na Cl par de l'acétate de sodium et constate un effet identique, par contre le Chlorure de Potassium et le Citrate de Potassium sont sans action .

Il retrouve les mêmes effets chez des rats dont il provoque une rétention de sodium et une fuite potassique par injection de D. O. C. A. (0, 3 mg/jour) ou de cortisone (10 mg/jour), mais la surrénalectomie ne donne rien.

Il constate également que chez les souris préférant l'eau alcoolisée ni les Vit. A, B, PP, C, D_2, B_2 , pantothénate, ni la méthionine, ni le glutaminate n'abolisent cette préférence .

IIDA élimine un trouble électrolytique par examen biochimique des tissus des animaux qu'il tue volontairement . L'auteur pense alors à un effet toxique sur une activité enzymatique qu'on sait perturbée par le Na Cl, l'amylase . Or la dextrine et l'amylase sont sans action, par contre une injection de maltose (60 mg/j chez la souris en I. P) fait augmenter l'appétence que le glucose semble inhiber (Il faut peut-être faire une liaison ici au fait qu'il existerait d'après BOUQUET (*a*) une maltase capable de

(a) FABRE et ROUGIER, page 335.

transformer le maltose en glucose) . L'auteur note également une augmentation d'appétence chez ses animaux en leur administrant des antithyroïdiens comme le propylthiouracile .

Aussi IIDA conclut-il par l'hypothèse d'une perturbation enzymatique (pancréas, foie ?) qui interviendrait pour partie dans l'appétence à l'alcool .

2- Les études américaines portent surtout sur les régimes . MIRONE en 1957 trouve que la consommation d'alcool augmente sensiblement dans les lots de souris soumises à un régime hyper ou hypoprotéique, ou par déficience en Vit. B. Par contre, si le régime est hyperlipidique ou déficient en iode, la consommation d'alcool diminue .

En 1962, PURDY et LEE concluent que l'augmentation de la quantité d'alcool consommée est due à la perte des tissus par régime hypoprotidique et non due à la carence en thiamine ou en riboflavine car leurs rats sont moins enclins à utiliser l'alcool s'ils sont en carence thiaminique et riboflavinique, mais par contre ont tendance à boire de l'alcool si, à une carence alimentaire on joint les Vit. B.

B/ L'APPETENCE EST-ELLE EN RAPPORT AVEC LES CONSTITUANTS DES BOISSONS ALCOOLISEES AUTRES QUE L'ETHANOL ?

Nous venons d'étudier les effets de l'alcool éthylique, or la consommation ne se fait pas sous cette forme pure, mais sous de multiples modes . La France produisant 65 millions d'hectolitres de vins par an et les malades ayant un alcoolisme pour la plupart à cette boisson , nous limiterons notre sujet à son propos .

L'Ecole bordelaise avec les Professeurs GENEVOIS , Jean et Pascal RIBEREAU-GAYON, avec le Professeur MASQUELIER de la Faculté de Médecine et de Pharmacie et avec M. PEYNAUD a fait faire de grands progrès dans la connaissance de la composition des vins .

P. RIBEREAU-GAYON dénombre à peu près 250 constituants du vin alors "qu'il y a 150 ans, du temps de CHAPTAL, on ne distinguait que six constituants . . . "

P. DEROT cite "12 alcools, 6 sucres, 14 acides organiques, 22 oligo-éléments, 12 vitamines, 17 anthocyanes . . . . "

Parmi les constituants des vins, l'éthanol n'est pas le seul à être diurétique et hypnotique .

1° - Certains vins contiennent en quantité importante du potassium, ce qui est un facteur diurétique (vin blanc surtout) .

2° - Pouvoir hypnotique :

a) des alcools autres que l'éthanol (DERACHE et D. GAILLARD) . L'activité hypnotique des alcools croît avec le nombre de carbones jusqu'à huit et décroît ensuite (MEYER-OVERTON et WESSE) . Or dans le vin de Bordeaux il y a 220 à 550 mg/l d'alcools isobutylique et isoamylique .

b) d'autre part, le pouvoir hypnotique de l'éthanol peut être modifié par certains polyphénols étudiés par PORTAL et RIBEREAU-GAYON .

J. MASQUELIER (a) écrit que les ac-phénols-cinnamiques du vin potentialisent l'action narcotique d'un

(a) cf. Symposium Montpellier (131), 1964.

barbiturique chez les souris . En remplaçant le barbiturique par de l'éthanol, la propriété narcotique de ce dernier est sensiblement prolongée . Donc, les ac-phénols-cinnamiques du vin rouge potentialisent l'effet narcotique de l'éthanol .

Les vins ont deux propriétés importantes qui sont l'acidité et l'esthétisme .

1°- Rôle acidifiant : Il y a de nombreux acides dans le vin (tartrique, malique, succinique . . .) ce qui lui assure un pH de 2, 7 à 3, 8 .

Or, nous connaissons le rôle bénéfique des acidifiants employés comme toniques nervins dans les états dépressifs où le milieu a tendance à s'alcaliniser .

De plus, le catabolisme de l'alcool méthylique produit du formaldéhyde et de l'acide formique (*a*) qui sont très toxiques, (cf.théorie des chronaxies de LECOQ) .

2°- Le problème d'esthétisme du vin : Si le vin du fait de son pH (2, 7 à 3, 8) est une boisson eupeptique, "le bouquet d'un vin est plus une sensation olfactive que gustative" (FABRE et ROUGIER page 475) .

P. RIBEREAU-GAYON (page 119) (131) identifie "36 constituants d'une essence de Cabernet-Sauvigny " dont 15 esters, 11 acides, 1 atome et 9 alcools dont le phényléthylique (aromatique) qui a une "odeur de rose" .

Nous ne pouvons nier le rôle important de l'esthétisme du vin que nous enseigne l'œnologie . Le plaisir esthétique du vin porte sur trois sens : la vision, l'odorat

(a) Symposium, Montpellier 1964 (I).

et la gustation . Le plaisir que procure un bon vin commence par la façon d'observer sa robe, puis d'humer son fruit ("pêche, abricot, groseille" pour un rouge , "banane, pomme, ananas" pour un blanc), son bouquet ("pivoine, rose, iris (a) pour un rouge) ou son corsé s'il s'agit d'un vin vieux . ("musc, ambre, cuir de Russie) (a) . Enfin, le palais a un rôle essentiel dans l'art de boire, c'est lui qui enregistre le froid ou le chaud, le moelleux ou le sec, et qui différencie les perceptions élémentaires grâce aux papilles linguales . C'est donc lui, le palais, qui apprécie l'étoffe du vin .

Qui a goûté sans idée préconçue des boissons non alcoolisées, copies de boissons alcoolisées, trouve que le goût n'est pas aussi franc, pur, qu'il manque quelque chose ... liée peut-être aux produits de conservation qui font que le vin (il en est de même pour la bière) avec alcool a une tenue supérieure .

Le plaisir de boire de bons vins, s'il est honorable chez la majorité des gens qui ne cherchent pas directement l'alcool derrière l'esthétisme peut, chez certains sujets être ou devenir une quête des effets de l'alcool ... et ils perdront tout plaisir gustatif et olfactif pour devenir des gourmands, des gloutons qui n'auront plus que l'envie d'avaler du vin (à défaut , toute autre boisson alcoolisée) , dans la recherche d'une oralité ou d'une drogue.

Aussi pouvons-nous dire que le plaisir esthétique est inversement proportionnel au degré d'intoxication du sujet . Ce qui fait qu'un vrai connaisseur, conscient des dangers du vin sera apte sans sevrage, à se protéger d'une sollicitation abusive qui deviendrait vite impérieuse et aliénante, alors qu'un sujet non averti des dangers, peut se laisser prendre par l'esthétisme, puis par la gourmandise, arriver progressivement à l'appétence .

Disons que la quête d'un plaisir œnologique mal éclairé met en contact le sujet et l'objet de p l a i s i r

(a) Yvonne HOUDARD (47), pages 145-148.

dans lequel l'alcool est dissimulé . C'est cette dissimulation qu'il est nécessaire de démasquer, car l'important n'est pas d'interdire l'alcool pour arrêter l'alcoolisme, mais de stopper, voire de guérir l'appétence à l'alcool .

Nous noterons également que les gastrectomisés d'ulcères ont un besoin d'aliments sapides et eupeptiques pour rétablir l'appétit car ils sont en achlorydrie . Aussi sont-ils tentés de consommer du vin qu'ils supportent apparemment car la gastrectomie supprime la dispepsie douloureuse .

Ainsi, chaque nourriture, pour chaque peuple est consommée proportionnellement à son degré d'acceptation sensorielle et psychique, quelle que soit sa valeur nutritive (WICK) (151) . Les influences culturelles , les habitudes jouent un rôle très important, conditionnées elles-mêmes par les caractéristiques sensorielles de l'objet nourriture (odeur, goût, apparence et texture) et par la subjectivité attachée à telle ou telle expérience, forme, goût, couleur . . . Aussi allons-nous étudier les mécanismes de la qualité le plus souvent mise en valeur dans les vins et les alcools : le goût .

- Rappel anatomo-physiopathologique du goût .

Le sens du goût porte sur quatre saveurs fondamentales : amer, acide, salé, sucré . Suivant le schéma de HENKIN (p. 73- (68)-), il faut signaler que la langue est plus sensible au sucré et au salé qu'à l 'amer et à l'acide, qu'il en est inversement pour le palais, alors que les perceptions pharyngiennes sont sensiblement les mêmes pour les quatre saveurs .

Les récepteurs du goût sont essentiellement disposés sur la langue dont les 2/3 antérieurs sont innervés par la corde du tympan, branche du nerf Facial, et le tiers postérieur innervé par une branche du Glossopharyngien, mais le palais et l'aire pharyngienne participent aussi à la gustation .

ANATOMIE : BLANQUIST et ANTEM en 1965(16) localisèrent les afférences des récepteurs gustatifs comme arrivant en majorité au Noyau du Faisceau Solitaire (Stn) . Ces auteurs notent également que des lésions du thalamus et du cortex (a) donnent mais d'une façon moins importante qu'au STn une diminution des perceptions gustatives .

PHYSIOLOGIE : La systématisation classique de l'appareil gustatif s'écroule par l'absence de spécificité absolue des récepteurs, aussi pour Von BEKESY chaque papille aurait toujours une même réponse, par exemple "sucre" qui répondrait correctement à une faible dose de saccharose, mais qui ne serait stimulée par une solution "salée" qu'à plus forte concentration et en répondant "sucre" . . .

Il a été mis en évidence (149) et (86) des protéines gustatives spécifiques de deux des quatre saveurs fondamentales, en l'occurence l'"amer" et le "sucré" , substances capables de se lier à des stimulus gustatifs avec une intensité parallèle à l'efficacité de ces corps sapides expérimentés in vivo .

La mucoprotéine agirait en déterminant des sites spécifiques par sa présence dans les villosités, donnant au récepteur sa spécificité . La liaison unissant substrat et protéine gustative serait du même type que celle qui lie substrat et enzyme, aussi plus la molécule est complémentaire dans la protéine, plus forte est l'énergie de liaison .

D'autre part, certaines substances inhiberaient la protéine gustative correspondante et produiraient des modifications de saveurs, ainsi la Miraculine-glucoprotéine extraite d'un fruit d'Afrique Centrale et de Californie inhiberait spécifiquement la sensation acide, de fait, le sujet ne perçoit après application, qu'une sensation "sucrée", "amère", ou "salée" mais pas "acide" .

(a) BENJAMIN et AKERT - J. Comp. Neur., 1959, 3, 231-260.

PHYSIOPATHOLOGIE : Robert HENKIN (68) relate des anomalies du goût relatives soit à l'anatomie, soit aux altérations des métabolismes . Deux problèmes nous intéressent dans les métabolismes, ce sont l'étude des drogues (et médicaments) d'une part et celle des produits endocriniens d'autre part .

Il a été remarqué que la D. Pénicillamine (Chelateur) employée dans la maladie de Wilson pour ramener le taux de Cuivre dans les tissus de ces malades à des doses normales ne leur perturbe pas leur sens du goût, alors qu'elle est décrite comme le diminuant notablement chez d'autres sujets chez lesquels on retrouve constamment, alors, un taux de cuivre inférieur à la normale . De même, des anémies à langues géographiques ont été décrites comme céruprives . Le métabolisme du cuivre apparaît donc intimement lié au maintien du sens gustatif normal mais de mécanisme encore inconnu .

HENKIN et CHRISTIANSEN (*a*) ont mis en évidence des variations circadiennes dans la variation de la sensibilité gustative avec la production d'hormone stéroïde endogène par les glandes surrénales . Les premières heures du matin, lorsque les extraits cortisoniques sont à la plus haute concentration, la sensibilité gustative est la plus basse, et inversement vers vingt heures .

De même, il est écrit (*b*) que des rats devenus agueusiques après castration, retrouvèrent leur sens avec la testostérone .

S'il semble indiscutable que différents produits et entre autres le cuivre et les hormones stéroïdes influencent les perceptions gustatives, le mécanisme du goût lui-même n'est pas encore connu (68) .

(a) J. Appl. Phys.,316-320, 1967.
(b) Taste and Nutrition. Editorial. Australian Dental Journal, 1968, 13, 87-89.

II - FACTEURS PSYCHOLOGIQUES DE L'APPETENCE

INTRODUCTION

Déjà H. GUIARD dans sa thèse en 1902 écrivait que

"c'est l'état mental qui a engendré les habitudes de boisson, c'est l'état mental du buveur"

et plus loin :

"une multitude de souvenirs, d'états de conscience antérieurs sont évoqués presque inconsciemment, produisant un état cénestétique agréable et le buveur cède à ce désir de boire ..." (p. 12) .

Si pour BOREL tout alcoolisme est d'origine psychiatrique, si pour FOUQUET l'alcoolisme n'apparaît que s'il existe un déficit de la personnalité, pour LEREBOULLET (96) il y a dans sa statistique 16% d'alcoolisme psychopathique chez les hommes et 41% chez les femmes, ce qui montre que suivant les statistiques d'Hôpitaux Psychiatriques ou de Médecine Générale, il y a de grosses divergences : (15 à 65%) . Il pense que les personnalités des alcooliques anglo-saxons ne sont pas du tout les mêmes que celles des buveurs des pays vinicoles et méditerranéens comme la France, aussi ferons-nous nôtre la réserve de J. LEREBOULLET en étudiant ce chapitre :

" ... même lorsqu'un substratum névrotique est en cause, il n'est que prédisposant, et nullement déterminant, et ne constitue qu'un facteur de vulnérabilité, qui n'aboutira à l'alcoolisme que si les conditions sociales s'y prêtent . Cette vulnérabilité peut être extrêmement faible dans les pays viticoles, où les habitudes d'imprégnation sont particulièrement ancrées; elle doit être plus forte dans les pays anglo-saxons expliquant le rôle important du facteur psychique" (*a*).

(a) (96), page 374.

Ainsi pourrons-nous faire maintenant l'étude de la personnalité de l'alcoolique en sachant que pour la France les conditions sociales, les pressions extérieures, qui conditionnent aussi en partie la personnalité du sujet sont très importantes et que nous les étudierons dans le chapitre suivant .

A_/ NOTIONS DE PERSONNALITE ALCOOLIQUE

Pour FOUQUET et CLAVEUL (57) le fait qu'un individu ait une appétence à l'alcool, lui fait voir un monde déformé : il ne verra plus que les bistrots et les affiches d'alcool. . . il a donc une personnalité spéciale .

En rappelant les travaux de l'école de YALE et des psychiatres français nous essaierons de dégager une personnalité spéciale, puis grâce aux travaux E.E.G. et de psychométrie , nous essaierons de voir si la personnalité ainsi définie existe avant la prise du toxique ou si elle lui est secondaire .

1°- Y-a-t-il une personnalité spéciale en rapport avec l'appétence à l'alcool ?

L'Ecole américaine comme l'Ecole française de psychiatrie ont été frappées de la fréquence avec laquelle il était possible de trouver parmi les alcooliques des personnalités paranormales et franchement pathologiques .

Pour l'Ecole de YALE si l'alcool a un rôle social prédominant par ses propriétés de diminuer les tensions, il n'a ce rôle que s'il trouve une personnalité lui fournissant le terrain . C'est ainsi que JELLINEK classe les buveurs en trois catégories psychologiques (63) .

a) Le buveur "symptomatique"
réserve l'usage des boissons alcoolisées pour le soulagement de fortes tensions individuelles . 20 % ont ainsi tendance à tirer parti des effets fonctionnels de l'alcool dont ils ont fait connaissance par expérience au cours de leur consommation sociale .

b) Le buveur "excessif occasionnel"
cherche avec les moyens admis par la société à dominer les tensions de l'existence : ce sont ceux qui s'enivrent .

c) L'"alcoolomane" ,
lui, a une perte de contrôle de sa boisson .

En France les psychiatres ont cherché à mettre en évidence les troubles de la personnalité, ceux-ci étant considérés classiquement comme la cause principale de l'alcoolisme . R. LECOQ écrit en 1949 "Cette maladie organique n'est que l'expression d'un état mental anormal ou subnormal névrotique le plus souvent, parfois psychique" (*a*) (87), et à l'appui donne ses statistiques : 45, 3% d'état psychonévrotique nul ou léger, pour 43% d'état mental moyennement atteint et 11, 7% d'état psychonévrotique accentué (*b*) .

P. FOUQUET en 1955 (55) individualise d'une part sous le nom d'"alcoolite" les formes non névrotiques de l'alcoolisme (45 à 50 % chez les hommes), et d'autre part les "alcooloses" ou formes névrotiques (40 à 45% pour les hommes) posant ainsi le problème de la névrose alcoolique pour étudier la personnalité . Il met en évidence

(a) Thérapie, 1949, Volume 4, page 159.
(b) Hôpital Saint-Germain en Laye.

comme PERRIN que les critères sont nettement différents aux U. S. A. et en France . Ainsi la majorité des alcooliques en France du fait des pressions sociales et traditionnelles (viticulture) françaises que nous étudierons dans un chapitre ultérieur, ne présentent aucun trouble antérieur car il suffit de peu au Français moyen pour dépasser la quantité d'alcool qu'il peut oxyder sans dommage . Alors que la majorité des alcooliques américains sont névrotiques car avec GUEZENNEC on doit "considérer l'alcoolisme dans les pays non producteurs et surtout non consommateurs de vin comme similaire à l'alcoolisme féminin en France" . En effet les statistiques de FOUQUET (55) donnent 80 à 85% d'alcoolose féminin pour seulement 1 à 5% d'alcoolite . Ce qui est tout à fait en accord avec les statistiques de CURRAN 1937, WALL 1937, HERWITT 1943 qui retrouvent dans la très grosse majorité des cas d'éthylisme féminin une désorganisation névrotique de la personnalité .

Avec FOUQUET (55) nous insisterons sur le fait que devant un buveur qui a vingt ans d'intoxication , nous ferons la part du comportement névrotique secondaire (dû au toxique) ou l'"alcoolomanie secondaire" de PERRIN et d'autre part la véritable alcoolose ou "alcoolomanie primaire" de PERRIN qui a bu parce qu'il présentait d'emblée un déséquilibre de la personnalité .

2°- La personnalité de l'alcoolique est-elle réellement perturbée avant la prise de toxique ? Que nous apportent les examens paracliniques ?

a) Apport de l'électro-encéphalogramme :

FRANTS PRUDENT en 1956 (124) note (pages 74 et suivantes) que quel que soit le type alcoolique il a "une mauvaise qualité du rythme alpha associé à une activité rapide" à l'E. E. G. ce qui serait retrouvé dans l'anxiété (SAUL et DAVIS) et serait d'après LITTLE et

Mac AVOY davantage le reflet d'une prédisposition cérébrale à l'alcoolisme que le résultat de l'intoxication . La localisation temporale des anomalies est bien pour ARENTSEN K. et SINDRUP E. (1963) (7) pré-existante à l'intoxication mais ils n'en trouvent que dans moins d'un tiers des cas . Il relate d'autre part qu'il est possible de trouver des altérations de l'E. E. G. à raison de 4% des cas chez les sujets mentalement normaux, 20% chez des névrotiques, 53% des psychopathes . Ce qui placerait l'alcoolique pour la plupart des cas dans le groupe des névrotiques.

b) Apport de la psychométrie .

Le premier des deux groupes (15) selon lesquels nous divisons les examens psychologiques servant surtout de dépistage (alcool-test de MANSON) c'est surtout le deuxième groupe qui nous intéresse pour étudier la personnalité de l'alcoolique. Ce sont le test de Rorschach (Ecole de Bordeaux et travaux américains), le test de frustration de Rosensweig (DELAY et PICHOT) et le Thematic Aperception Test (MURRAY) .

FOUQUET nous rapporte que BILLIG et SULLIVAN (1943) puis SELIGER et CRANFORD (1945) avec le Rorschach trouvent chez les alcooliques anglo-saxons une immaturité émotionnelle et un défaut de contrôle des réactions affectives . Puis BUHLER CHARLOTTE et LEFEVER D. W. en 1947 trouvent un faible degré de tolérance vis-à-vis des émotions et une anxiété importante .

En conséquence, les auteurs américains isolent deux personnalités (63) : l'alcoolique "essentiel" , psychopathe ou déprimé , qui cherche des satisfactions immédiates : c'est un anxieux . Puis l'alcoolique "réactionnel" anxieux également avec remords . Ce que les auteurs européens n'ont pas retrouvé .

En 1958 GUEZENNEC dans sa thèse (63) fait une remarquable étude psychométrique d'alcooliques français . Il associe le Rorschach et le T. A. T. et trouve "un refus de la vision humaine et une forme péjorative de celle-ci lorsqu'elle est vue" et un sentiment d'"insécurité".

Il trouve peu de "facteurs oraux" mais un type de résonnance "coarté" c'est-à-dire une "réduction de l'émotivité" . Il note que le Rorschach de désintoxiqué contient une anxiété considérable et des préoccupations orales importantes et pour lui le seul nœud central est "l'angoisse". Aussi élève-t-il le problème jusqu'à se demander si ce n'était pas le fond mental humain qui rechercherait la drogue car "le vin est la morphine du pauvre . . ."

BINOIS et LEFETZ (15) en 1959 résument les résultats du Rorschach : "stéréotypie, persévération , caractère oral des réponses " .

Enfin pour PECHOUX (*a*) l'alcool cacherait l'anxiété du sujet, ce qui expliquerait qu'après désintoxication cette anxiété réapparaisse .

Leur conclusion est donc que la personnalité est perturbée antérieurement à l'intoxication éthylique .

Nous conclurons, en nous inspirant de NACHIN qui dans sa remarquable thèse (110) après le Professeur REQUET , classe l'étude des personnalités alcooliques en deux catégories :

- le buveur habituel, traditionnel et normal ,
- le buveur psychiatrique et parapsychiatrique .

B/ PREDISPOSITIONS A L'APPETENCE

que nous allons étudier en deux chapitres .

Dans un premier chapitre nous étudierons les personnalités psychopathiques avérées, en sachant qu'elles ne sont chez les alcooliques qu'une minorité .

(a) page 39 - Thèse de GUEZENNEC.

Ensuite nous étudierons l'ensemble des facteurs psychiques que nous retrouvons le plus souvent chez l'ensemble des buveurs français, c'est-à-dire quelques névrosés mais surtout une majorité de personnes superposables à une tranche identique de population prise au hasard .

1°- Prédisposition à l'appétence chez les psychopathes .

Ils représentent 16% des buveurs hommes pour LEREBOULLET et 11, 7 % pour LECOQ, mais toujours pour LEREBOULLET 41% des femmes alcooliques .

Pour BONHOEFFER (1901), KIELHOLZ(1905) STOCKER (1910) et BINSWANGER (1928) : "la pulsion alcoolique est un symptôme de constitution psychopathique ou de psychose sévère ou larvée (a) .

Nous allons étudier les états psychopathiques qui facilitent ou provoquent une appétence à l'alcool .

a) La psychose maniaco-dépressive

- Les maniaques et les hypomaniaques boivent en phase d'excitation avec plus ou moins de perversité; on appelle parfois la phase euphorique "manie arrosée" .

- les mélancoliques boivent pour enlever leur tristesse dans les poussées anxieuses .

b) L'épilepsie

prédispose au comportement éthyl et l'alcool peut déclencher des crises . On relève souvent dans les ascendants d'épileptiques des alcooliques aussi MARCHAND comme DAGONET disent (124) que la "prédisposition héréditaire ne joue pas un rôle prédominant mais constitue une circonstance aggravante " .

(a) page 27 - Francine CHEVAL DELFOLIE.

c) La schizophrénie

Dès le XIXème siècle MAGNAN insiste sur le rôle de "prédisposition dégénérative dans la genèse des délires alcooliques" (124), mais c'est en 1934 que DUBLINEAU trouve à la base de l'alcoolisme un terrain schizoïde .

En 1952, BENEDETTI en trouve 12 sur 113 cas d'alcoolisme; en conclusion si classiquement le schizophrène ne boit pas sauf à la période de début, ce serait par impulsion ou par stéréotypie "schizo-arrosée" de GUIOT (65) .

d) Les psychoses psychogénétiques

AMARK ne trouve aucun rôle étiologique à l'alcoolisme mais pense que les dépressions à déclenchement psychogène, les états confusionnels, et les états paranoïdes jouent un rôle .

e) L'oligophrénie et la débilité

Si BONHOEFFER en 1901 trouve 10% d'oligophrènes chez les alcooliques, BRUGGER en 1943 n'en trouve plus que 3,5% .

Toutefois les oligophrènes et les débiles étant plus suggestibles que d'autres ils se laissent entraîner facilement; d'autre part la boisson est la forme de réjouissance en commun qui est le plus facile pour eux car elle ne demande aucun effort intellectuel ; ce sont les "stupid-drinkers" de l'Ecole américaine et de CIMBAL .

f) Les démences :

Il est classique de parler de la phase d'excitation de début de la "paralysie générale arrosée" .

Quant à la démence sénile elle ne semble pas un facteur favorisant l'appétence mais dans le cadre de l'appétence des vieillards, elle ne fait que la continuer .

g) Les déséquilibrés :

recouvrent les "alcooliques cérébraux" caractériels de BOREL , les "buveurs discordants" de BOWMAN et JELLINEK, chez qui le déséquilibre va de la simple "asthénie" jusqu'à la"perversion" (119) ; le pervers répondant à un type psycho-social chez qui le sens moral n'est que peu développé et qui a un retard affectif aussi l'appétence n'est qu'un moyen . S'il est intelligent il fera juste ce qu'il faut pour ne pas être associal, mais le contrôle sur ses instincts est très faible ; c'est un être inaccessible à la persuasion et à l'intimidation . Aussi le comportement alcoolique est pour lui un moyen de plaisir et de domination .

Il faut noter tous les petits déséquilibrés qui boivent pour se faire entre autres une personnalité et l'appétence chantage du vagabond qui se saoule pour bénéficier d'une cure de désintoxication durant la mauvaise saison . Nous pouvons ajouter les caractériels , séquelles d'encéphalite et de traumatismes crâniens (KNOSS 1944) .

Il n'est guère possible de parler des déséquilibrés (a) sans dire un mot de la pensée de MAGNAN à leur sujet . Il les classe en deux groupes : ceux qui le sont par hérédité et aussi ceux dont les parents au moment de la conception sont alcooliques . Ainsi les enfants d'alcooliques seraient "anormaux" dès leur naissance avec une activité psychotique désordonnée , instabilité précaire avec un caractère obsessionnel-impulsif qui fait penser à une décompensation initiale d'un substrat nerveux taré et fragile . MAGNAN fait donc une différence entre l'appétence chez les descendants d'alcooliques qu'il considère comme dégénérés et l'appétence de l'homme sain qui par habitude s'est mis à boire et qui va devenir détérioré à cause du toxique et qu'il classe dans les folies toxiques .

(a) Les Déséquilibrés dans la pensée de MAGNAN par L. Del PISTORA - Hygiène Mentale Doin -DEREN, n° 3, pages 71 - 95.

h) Le problème de la "dipsomanie" (Henri EY)

Depuis PERELMAN (1919) le syndrome dipsomaniaque ne fait qu'être déplacé dans les classifications .

Il s'agit d'"accès paroxystiques intermittents, périodiques, rarement réguliers, précédés de vagues prémonitoires pendant quelques jours à quelques semaines : lassitude, tristesse, dégoût de vivre, insomnie, inappétence, excitation sexuelle ... etc " (H. EY 1967) . Mais il ne s'agit pas tellement de "désir" de boire mais de "besoin" . Le malade "s'enfuit" et se met à boire sans arrêt jusqu'à une "ivresse amnésique" .

Le malade a une perte de contrôle aussi bien dans son comportement ambulatoire (action délictieuse, fantasme criminel, suicide etc ....) que dans sa boisson (il ne veut pas boire mais il boit) . L'accès terminé, le malade est obnubilé, puis il est pris de remords et de dégoût . A la sortie de sa confusion il est anxieux, voire mélancolique .

Les causes sont fort mal connues ; pour LECOQ la dipsomanie représenterait " à elle seule un équivalent des excès de dépression ou d'excitation" ; pour BARUK ce serait un état d'impulsion-obsession , troubles diencéphaliques ; pour KRAEPELIN et GAUFF ce serait un équivalent épileptique .

En fin de compte c'est un alcoolisme pseudo-périodique dont les auteurs anglo-saxons ont décrit plusieurs espèces : l'alcoolisme "epsilonn" (JELLINEK) , l'alcoolisme "explosif", l'alcoolisme du "Week-end" , la "fiesta drinking" et le "Hang-over" (KARPMAN 1957) avec soif extrême .

Si nous comprenons donc que certains états psychotiques favorisent , voire même provoquent une appétence pour l'alcool il s'agit maintenant d'étudier le substratum de l'appétence chez la majorité des alcooliques .

2°- Apports psychanalitiques à la connaissance de la personnalité de l'alcoolique .

Ne pas étudier les causes psychiques de l'appétence à l'alcool serait identique pour BONNAFE à

"considérer un cas de tentative de suicide au gardénal sous l'angle, très simplement de la toxicité du phénomène barbital " (*a*) :

Nous devons donc voir les motivations de l'appétence à travers les personnalités des éthyliques ; or les études ont surtout porté sur la névrose alcoolique que ce soit la "toxicomanie alcoolique"de JELLINEK, le"DASEIN" morbide de BINSWANGER ou l'"alcoolose" de P. FOUQUET . Nous suivons cet exemple en ne perdant pas de vue que si la notion de névrose avérée ne peut qualifier qu'un tiers environ des alcooliques français hommes alors qu'elle représente la majorité des alcooliques hommes américains, par contre la notion de "petit névrosé" est plus lâche . . .

L'appétence à l'alcool est pour Madame CHEVAL DELFOLIE (26) :

"un symptôme de la façon d'être dans l'existence de certains adultes" (page 124);

aussi ce malade névrotique va-t-il vivre sa relation avec l'alcool comme une source de gratification ou un refuge . Ce sujet n'est anormal que dans le cas où il scotomise où il recherche les effets nocifs de sa boisson . Cependant consciemment a-t-il l'assurance de cette nocivité ?

"l'alcool tue . . . . lentement et je ne suis pas pressé!"

dit-il .

Bref, la personnalité de l'alcoolique ressort de toutes les études comme immaturée .

(a) cité (26), page 124.

Or pour A. REQUET (130) l'immaturité n'est que témoin des "névroses, réactivées par l'hypnose alcoolique. . ."

S'il est possible de différencier l'appétence à l'alcool en appétence inconsciente, telle chez le manœuvre qui prend ses trois litres de vin rouge pour "se soutenir"; et en appétence consciente telle que nous le présente JACK LONDON dans son livre : " Le Cabaret de la dernière chance" ou par SEABROOK dans "Un ivrogne chez les fous" il y a une motivation subconsciente (KNIGHT) qui, même si le sujet est conscient de sa déchéance progressive et du danger, il ne peut se soustraire à son breuvage. Aussi les psychanalystes y ont-ils trouvé un terrain de recherche .

Mais peut-on parler même de personnalité , vaudrait-il pas mieux dire des personnalités ? car AMARK en 1951 classe les alcooliques en :

psychasthénique, sténique, anacastique, (compulsif , phobie, anxiété) cyclothymique, dépressif, infantil, avec affectivité froide, schizoïde, hystéroïde, ixoïde (épileptoïde), hyperthymique, torpide, instable, neurasthénique et il en ajoute un 15ème : type "sans déviation" (cité par FOUQUET E. M. C. page 5) .

Plutôt que de faire une énumération, nous allons essayer de sortir les traits essentiels, en étudiant la personnalité elle-même (sexualité, plaisir, infériorité) et les éléments situationnels divers (dettes, abandon conjugal, conflit), étudiés dans la thèse de Madame PIVERT (1956), de manière à faire ressortir les traits fondamentaux de l'alcoolique .

Nous étudierons donc le symptôme de "dépendance" (JOUES) de l'alcoolique et son "infériorité" (ADLER), puis la sexualité et le plaisir (FREUD), enfin les situations conflictuelles .

a) Symptômes de dépendance (ADLER)

Le malade est "impuissant en face de son désir de boire de l'alcool" écrit CASTETS en 1963, mais s'il se présente humblement c'est qu'il est satisfait " à se montrer aussi lamentable, à se dévaloriser" . Aussi s'agit-il "d'une humiliation recherchée et obtenue" . L'auteur nous donne deux raisons à cela : d'une part la personnalité du futur alcoolique ne s'adaptant pas assez, l'alcool et l'humiliation qui en résultent lui servent de "médiation d'adaptation", et d'autre part les troubles provoqués peuvent avoir un avantage soit médiat pour qu'on s'occupe de lui, soit immédiat pour donner un alibi à son échec . L'alcoolique se présente comme le brave type qui "voudrait bien" s'en sortir mais ne peut pas, il est incapable d'"autonomie", c'est pour cela qu'il cherche un maître et une punition car il a une "défense au désir de boire effondrée" . C'est un immaturé .

Très proche est la théorie de ADLER (65)qui donne à la personnalité de l'éthylique en 1941 (repris par MARSHALL en 1947), un caractère d'infériorité (exemple de la vie de TOULOUSE-LAUTREC par J. BOUTONNIER) qui peut donner une grande puissance de compensation et de surcompensation amenant des fonctions nouvelles et élevées . Si ADLER décrivait cela au départ d'un point de vue organique il l'a étendu ensuite au psychologique . BROMBERG et SCHILDER retrouvent les théories de mutilation, de castration d'où infériorité par l'étude d'hallucination des psychoses alcooliques, étudiées également par ADLER et RHOTTE et LARVER (38) . Si un sentiment d'infériorité peut entraîner une activité renforcée, c'est grâce au courage. Si celui-ci manque, l'alcool peut être un refuge pour fuir la vie . Enfin ce complexe d'infériorité peut entraîner le sujet à se faire valoir ou à chercher la sécurité : il est dépendant .

Nous devons envisager la dépendance sous ses deux aspects ; personnel et social, étudiés par HOWARD dans le livre "Addiction" (70)

1- La dépendance bipersonnelle a été particulièrement étudiée par les auteurs américains :

- La dépendance maternelle est fréquente (HOWARD en trouve plus de la moitié dans ses statistiques (page49). Il s'agit d'un enfant qui a été élevé "dans les jupes de sa mère" et celle-ci dit le "perdre à son mariage" . Cette mère peut être surprotectrice ("over-protectrice") ou dominante ("domineering") . Nous pouvons trouver cela aussi chez les abandoniques privés d'affection, car la mère est morte ou partie . Donc cet alcoolique boit pour compenser l' absence de sa mère car "drink made him feel dependent and childlike again" (page 69), ou pour s'identifier à la force de sa mère afin d'être rassuré .

WALL 1936, dit qu'un attachement excessif à la mère trop indulgente amène le narcissisme de l'adulte et lui interdit d'assurer ses responsabilités .

- La dépendance à l'épouse est très marquée (HARWARD la trouve chez un quart des sujets -page 49) . Chez lui il n'a aucune autorité . Pour boire il prend de l'argent à sa femme . Hors de l'alcoolisme, il est gentil . Rien ne vient troubler la "vie idyllique de l'alcoolique" dans la dépendance de sa femme à part les complications de l'alcoolisme (25) .

Pour CASTETS il va faire tout ce qu'il peut pour augmenter sa dépendance afin de retrouver sa mère dans sa femme : à jeun il a besoin de sa femme pour l'interdire de boire, il a un "comportement d'enfant désobéissant" , il dit qu'il a bien pris ses médicaments, il se fait "engueuler. . ." bref il a un comportement masochiste .

Nous sommes devant une situation sado-masochiste car l'élément sadique, mâle, actif du couple après avoir crié, battu, voire "violé" sa femme, boit et . . . devient l'élément passif qui se "livre à merci!" . Il arrive que sa femme l'humilie en le menaçant de le faire enfermer parce qu'il boit et qu'il n'est pas gentil . Chaque fois qu'il devient sadique c'est pour être un peu plus masochiste, car il risque de tout perdre s'il est rejeté, sinon il est culpabilisé .

Il faut donc relever dans cette recherche sado-masochiste la profonde ambivalence .

2- La dépendance pluripersonnelle, sociale .

C'est le "easily led" (facile à vivre) de HARWARD, suggestible, le bon camarade qui aime à boire avec les copains, mais ceux-ci doivent le ramener à la maison quand il est ivre . Il ne peut faire sa vie seul , il a besoin de ses copains de café, ou il s'engage dans la légion étrangère pour se mettre sous une dépendance étroite, ou il se met dans un "gang" (REDL 1945) pour les mêmes raisons, car il cherche la dépendance à sa mère . Aussi à la longue il devient un élément intolérable dans le groupe, un sujet de dégoût et à cette agression le groupe réagit par son rejet et sa mise à l'écart .

Ainsi l'alcoolique renonce à son autonomie d'adulte et se place grâce à la relation éthylique dans une position de dépendance infantile, ce qui explique que l'éthylique comme l'enfant ait des conduites "agressives culpabilisées" et "masochistes autopunitives" . L'insatisfaction résultante entretient d'elle-même cette relation infantile dépendante, qui traduit donc une régression orale ou plutôt une immaturité .

b) Recherche de la sexualité et du plaisir à la base de la personnalité éthylique (Théorie de Freud) .

Dans l'optique freudienne la prise de conscience nette de la libido est la condition première de l'équilibre psychique (65) . Par inhibition de la tendance libidinale insatisfaite et refoulée dans l'inconscient peut naître une névrose .

De plus l'orientation sexuelle de l'enfant est tournée vers sa mère (Oedipe) . Nous avons donc les deux notions fondamentales que nous allons développer :sexualité et plaisir chez l'alcoolique .

Oralité :

Selon FREUD la fixation orale est le trait majeur de la personnalité alcoolique par compensation jamais comblée, par auto-destruction car le sevrage est ressenti comme une punition infligée par les parents auxquels il s'identifie, ainsi l'alcool est un moyen de suicide, par homosexualité l'enfant après déception du sevrage se tourne vers son père . Cependant CORD et GUDEMAN (104) trouvent dans une enquête que les enfants ayant eu des tendances orales prononcées ne deviennent pas plus alcooliques que les autres enfants, et 88% des alcooliques de leur statistique n'ont jamais eu de tendance auto-destructrice ; enfin ils trouvent très peu de tendances homosexuelles : bref ceci n'apportant rien, si ce n'est l'étude critique des théories .

Cependant la psychanalyse a montré l'extension de l'idée sexuelle à la succion du sein maternel . Ceci dans une régression ou fixation orale peut être identifié à la conduite alcoolique . En effet pour le bébé au sein, la recherche de nourriture signifie deux choses : réassurance et plaisir .

Ce qui fait que la relation orale entre l'alcoolique et sa mère, puis entre l'alcoolique et l'imago de la mère (femme) a un fondement sexuel .

Ce qui est en accord avec S. RADO (1943) et B. S. ROBBINS (1935) qui furent frappés par l'aspect orgasmique de la conduite orale de l'alcoolique et ils en attribuèrent la genèse à des troubles nutritionnels infantiles et le "champ de la conscience est dominé par la sensation de réplétion et un bien-être diffus" RADO (126) .

Oedipe :

Le sujet ne résolvant pas l'Oedipe d'une manière normale peut-être dans une situation affective conflictuelle telle que la boisson puisse être un secours .

1- Ou bien l'enfant va boire pour imiter le père, car le père étant le rival vis-à-vis de la mère, s'il applique le fameux "drinking like father", ce serait sa façon d'avoir un comportement sexuel avec sa mère .

Il dérobe également l'alcool à son père et donc le prive d'avoir son rôle auprès de la mère .

L'alcool est ainsi investi de sexualité .

L'alcool réduit également l'inhibition venant de l'Œdipe pas résolu . Ce qui fait que pour l'auteur : boire est équivalent de sexualité dans le sens œdipien .

Et pour ABRAHAM et KARL (1) boire est l'activité sexuelle des alcooliques .

2- ou bien , l'ombre de l'inceste et sa conduite sexuelle sera mal ajustée, il pourra être inhibé sexuellement ou bien chercher un objet sexuel dégradé aussi peu ressemblant que possible à sa mère : il fuira donc l'autoérotisme . Ce sera donc un homosexuel au moins latent . ABRAHAM K. Z. (1908) prétendait lui aussi que l'homosexualité préexiste à l'usage de l 'alcool ; le toxique étant pris pour diminuer la censure et créer l'illusion de la puissance sexuelle . De même l'intérêt pour le même sexe augmente (réunions de café, chansons à boire ....)

HARTMAN, JOEL, FRANCKEL furent du même avis mais AMARK en 1951 écrit que ces troubles sexuels primaires ont été surestimés . En effet BOTWINICK et MACHOVER (1951) ne retrouvèrent aucun homosexuel sur 39 patients alcooliques et HOWARD n'en trouva que 3 sur 72, ce qui n'élimine pourtant pas complètement l'hypothèse de l'homosexualité latente .

Enfin KIELHOLZ (*a*) étudia la jalousie classique de l'alcoolique due à ce que chez lui les tendances

(a) KIELHOLZ "Seelische Hintergrunde der Trunksucht" (Die Psychanalystich Bervegung) 2 Jahrgang-Maz 1930.

homosexuelles étaient prévalentes et s'il en voulait à sa femme c'est parce qu'elle rivalisait avec lui dans la séduction des hommes .

Plaisir :

Mais le plaisir est lié à la sexualité et les boissons alcoolisées excitent les papilles du goût et l'olfaction .

LORENZ en 1937 désigne la "recherche des stimuli" ("REIZSUCHE"-BRUN) (21) comme acte d'appétence . Pour BRUN (a) cette recherche met en jeu des pulsions mettant en jeu l'appareil cérébrospinal d'orientation car il va y avoir un rapport avec le monde extérieur par la recherche de "stimuli adéquats" (représentants d'objets de FREUD, schémata de Von HEXKULL) sur lesquels la pulsion pourra se satisfaire . Cette "recherche de stimuli" peut être primaire ou secondaire, faite de schémas d'objets primaires (imaginés, FREUD) ou secondaires (schémata , BRUN) (21) ; ces derniers sont orientés dans un but répondant à un engramme d'objet acquis depuis la naissance. Ainsi pour BRUN "la recherche secondaire de l'excitation a la fonction biologique de retrouver l'objet pulsionnel perdu" (page 183) .

Si cette recherche de stimuli correspond aux complexes d'engrammes de la représentation primitive de pulsion (niveau de la "Gestalt" pour BRUN); les complexes des "expériences vécues" capable de satisfaire la pulsion, sont investis de qualité affective positive, "teintée de plaisir" . Il apparaît alors un violent désir de ces objets précieux pour la satisfaction de l'instinct("KLISIS de Von MONAKOW) (page 184) .

Aussi BRUN appellera "affect" les sentiments secondaires pourvus des composants de l'expérience. Il

(a) BRUN (21) : Théorie des instincts, pages 166 à 237.

est donc déclenché par les "représentants d'objets" . Il en découle le "principe du plaisir" de FREUD, les "représentants d'objet" les plus recherchés sont ceux qui déclencheront le plus d'affect positif, donc le plus de plaisir .

Ces affects une fois fixés chez l'enfant sont très difficiles à être remplacés par les acquisitions culturelles . D'autre part ils sont liés au plaisir . En effet LINDNER (*a*) écrit que l'enfant suce son pouce par "suçotement voluptueux" car cette succion ne donne plus de nourriture mais du plaisir qui arrive jusqu'à l'orgasme .

Après ADLER, FREUD et BRUN il est possible de dire que de même que l'enfant qui suce son pouce par plaisir (d'une "zone érogène prégénitale" s'appuyant "sur une fonction vitale importante" par associations de pulsions que BRUN appelle "croisement des instincts") , l'alcoolique ne fait que remplacer son pouce par la boisson qui lui procure des sensations olfactive et périphérique de chaleur . Mais, il faut ajouter que par le fait d'avaler , de dévorer sa boisson qu'il ne déguste pas mais qu'il engloutit, le sujet se fixe à un stade légèrement supérieur , c'est-à-dire à la libido objectale primitive : le stade sadique oral . Mais par passage de toute sa pulsion sadique dans sa boisson il s'abandonne ensuite et nous le qualifions ensuite de masochiste mais n'est-ce point, peut-être du sadisme dirigé contre son propre "moi", car il n'a pu s'extérioriser à cause du refoulement imposé par le sur-moi.

c) Le symptôme de situation conflictuelle .

découle de nos deux chapitres précédents et nous étudierons les conflits familiaux et extra-familiaux . Pour READ , l'alcoolique boit pour "endormir les nombreux conflits" , pour STECKER il permet une "évasion de la responsabilité", enfin pour LAMB il aide à "surmonter la timidité" (*b*)

(a) cité page 196 (21).
(b) cf. E.M.C. FOUQUET.

L'alcoolique recherchera dans le toxique une punition contre des sentiments inavoués de révolte contre le père (KNIGHT 1937), aussi K. A. MENNINGER (1938) y trouve-t-il, un aspect de "self destruction" .

Enfin KNIGHT , trouve dans l'alcoolisme tout simplement une "tentative de solution d'un conflit affectif".

α - Ce qui est fondamental pour presque tous les auteurs c'est l'altération des relations parentales pour l'enfant .

Le conflit peut naître d'un syndrome initial de frustration lié au sentiment du rejet par la mère ; ce qui est un attachement à la mère au stade de narcissisme passif. Cet Œdipe peut naître également de l'image paternelle violente qui semble inaccessible et d'une mère trop faible (KNIGHT), aussi l'alcool permet la fuite dans un onirisme compensateur et une punition contre des sentiments inavoués de révolte contre le père .

Le conflit peut venir de l'absence de maturité émotionnelle des parents dont l'enfant essaie de se "venger en créant le scandale" (26) .

La résultante est que le sujet est incapable d'avoir des tensions émotionnelles ; il faut donc qu'il se les cache ... aussi boit-il par exemple .

Si les femmes d'alcooliques réclament le plus souvent la sortie de leurs maris internés (qu'elles ont elles-mêmes fait interner en général) pour cure de désintoxication, c'est qu'ayant épousé l'image de leurs pères elles s'identifient à leurs mères victimes, aussi cherchent-elles à recréer le conflit sado-masochiste de leur enfance. La séparation de ce couple pathologique entraîne une situation insupportable pour l'autre . Sous un angle cybernétique, l'équilibre de ces couples est donc intéressant car le facteur "stabilité" de la femme domine le facteur "stabilité" du mari dans l'équilibre du mari (98) LEROY .

L'alcoolique recherche dans les conflits de son enfance et notamment par l'ivresse comme après la catharsis de la tragédie grecque, à réactualiser le conflit ancien pour essayer de le liquider .

KIELHOLZ étudiant la jalousie classique de l'alcoolique (38) due selon lui aux tendances homosexuelles qui le mettent en conflit avec sa femme face aux autres hommes, met l'accent sur le fait que sa libido hétérosexuelle diminue et qu'il ressent une castration .

En effet la mère le plus souvent a été castratrice et pour LAFFORGUE , noté par JANINE GUIOT en 1951 (65) l'absence ou le despotisme de la mère, souvent névrosée d'ailleurs, fait que l'enfant est à la recherche de l'amour maternel . A cause de cette fixation à la mère il est impossible de les séparer sans déclencher un traumatisme . Que l'enfant soit fille ou garçon, il aura des tendances homosexuelles . Une fille aura un complexe d'infériorité sexuelle et un garçon sera masochiste et essaiera de trouver une femme virile .

Dans le conflit sexuel et masochiste l'homme pourra s'avilir afin de se punir .

β - Les conflits collectifs viennent soit de la personnalité, soit de la modification de la personnalité induite par l'intoxication .

1- Nous pouvons individualiser l'inadapté social au "social inadequacy" des américains, qui a des difficultés à se faire des amis et à parler librement (STRAUSS 1946 à 1951) . L'appétence est ici un moyen de communication qui lève l'inhibition et la retenue sociale . Les auteurs anglo-saxons vont jusqu'à parler de tempérament schizoïde qui est une "associal constitution", du complexe d'infériorité (ADLER) et du narcissisme (FREUD 1949) .

SIVADON a constaté en 1945 (*a*) que les rescapés des camps de la mort eurent de grandes difficultés à se réadapter à la vie sociale et familiale et que beaucoup se mirent à boire .

(a) Cité thèse NACHIN (110).

2- Il s'agit de l'alcoolique classique , ancien, qui se conduit dans le groupe comme un élément agressif , qui fait honte et qui se fait rejeter . C'est également l'alcoolique classique qui s'attire par son comportement une suite d'échecs .

Il devient incapable de bien faire son travail, il lui arrive de ne pas aller travailler ... Il est de plus dépendant des autres, mais par là devient intolérable et se fait rejeter .

3°- Peut-on dégager des structures de la personnalité qui se retrouveraient plus souvent chez les individus ayant une appétence à l'alcool?

a) Peut-on parler d'angoisse comme fondement de l'appétence à l'alcool ?

Si "l'ingestion massive et continue d'alcool" peut mener un individu à "vivre sur un mode névrotique ou psychotique", ce qui nous intéresse plus particulièrement dans le cadre de l'appétence, c'est qu'un individu névrosé peut être amené à prendre de l'alcool pour tenter de compenser sa névrose, ainsi l'alcool sera "le moyen expressionnel le plus significatif d'une nouvelle organisation pathologique : la névrose alcoolique est réalisée". (FOUQUET) (55) .

GUEZENNEC (63) affirme que l'anxiété est présente chez les alcooliques avec une intensité plus importante que chez les non alcooliques, non toxicomanes car il apparaît aux tests chez les alcooliques, "un refus de la vision humaine et une forme péjorative de celle-ci lorsqu'elle est vue" et un sentiment d'"insécurité" . Chez le désintoxiqué le Rorschach montre une augmentation de l'anxiété car "enlever son médicament" c'est "le mettre en face à face avec l'angoisse qu'il ne pouvait pas seul assumer" (page 29).

CASTETS (25) écrit qu'il a chez les alcooliques beaucoup de névrose d'angoisse, laquelle est bien effectivement le centre d'intérêt dès qu'on parle d'angoisse pathologique . Les psychiatres sont donc presque unanimes pour reconnaître la présence de l'anxiété comme facteur d'appétence chez l'éthylique ; que ce soit chez les vieillards hospitalisés qui augmentent leur consommation de vin car ils sont désœuvrés et "angoissés" (J. LEREBOULLET) (97) que ce soit à la ménopause par échec de l'adaptation (Yves LALLEMAND), que ce soit par l'inadaptation au "grands ensembles urbains" et à l'isolement comme cela a été étudié par B. DALLE en 1966 (32) qui feraient resurgir l'angoisse de la prime enfance par crainte de la "disparition redoutée d'un visage qui s'évanouit dans l'ombre" , et de l'angoisse de l'homme jeté dans un milieu où il trouve des difficultés ; aussi l'auteur cite HUSSERL "l'homme est libre de façonner le monde qui l'entoure" mais il ajoute "qu'il a du mal à le faire" (98) et les femmes boiraient dans le silence diurne pour oublier le bruit de la nuit .

Mais Alonso FERNANDEZ essaie de réfuter l'angoisse à la base de l'appétence dans sa "structure phénoménologique de l 'alcoolomanie primaire" (120), aussi il nous présente l'éthylique comme enfermé dans le présent car "il nie son passé" et l'avenir lui paraît "fermé, imaginé comme une montagne inaccessible" . Aussi le présent est-il étouffant et où "la course du temps semble excessivement lente, interminable" , il s'agit d'un ennuï semblable à "l'acedia" décrite par les moines espagnols. L'alcool lui donne un sens à sa vie ; il va espérer .

L'évasion de cet alcoolique est vécue avec ambivalence à la fois rédemption et faute de Von GEBSTATTEL (plaisir de liberté, de triomphe sur une réalité adverse, mais "sentiment vertigineux de faute propre à une évasion existentielle vers le bas") ce qui induirait l'angoisse. Car pour Alonso FERNANDEZ l'alcoolomane n'a pas peur de l'avenir mais du présent ce qui serait pour l'auteur une désespérance et non une angoisse .

Il s'agit alors de définir l'angoisse pour mettre de l'ordre dans les idées :

Tout d'abord nous nous rappellerons que anxiété et angoisse "sont à peu près synonymes" (PITRES et REGIS), et si BRISSAUD en 1890 ne veut pas les confondre, (l'anxiété étant un sentiment et l'angoisse une sensation physique) il ne faut pas oublier qu'en Allemand le mot "ANGST" signifie autant anxiété qu'angoisse, ce que nous utiliserons dans ce chapitre sans oublier que pour J. BOUTONNIER "on vit l'angoisse plus qu'on ne la pense, tandis qu'on pense l'anxiété autant qu'on la vit" .

Pour LEVY-VALENSI l'anxiété est une "attente poignante de danger imminent, précis, fantasmatique". La maladie pour BENOIT réside dans son intensité et dans le fait qu'elle soit "immotivée" .

Pour Madame Juliette FAVEZ-BOUTONNIER dans sa thèse sur l'"angoisse" 1963 (51) : l'angoisse normale réside dans la capacité de changement de l'homme normal ce "qui suppose une sorte d'auto-destruction possible"pour pouvoir progresser (*a*) .

L'angoisse névrotique correspond " à la conscience que prend l'être humain de l'existence en lui d'un instinct qui l'expose au malheur et à la mort" (*b*) .

Quels sont les trois caractères de l'angoisse ?

1- L'insécurité

Sous forme de tension douloureuse est ressentie comme un pressentiment attendu et redouté, depuis la simple inquiétude jusqu'à la terreur .

(a) locution citée page 269.
(b) locution citée page 268.

- Dans une première phase le danger est redouté et espéré à la fois, aussi Madame FAVEZ-BOUTONNIER parle d'"ambivalence". L'angoisse fait tellement corps avec le sujet qui la suit dans l'exemple, que l'auteur nous donne du vertige : "Je ne peux pas être en même temps celui qui continue son chemin sur le sentier et celui qui va se précipiter dans le vide, et pourtant quelque chose me force à rester en face de cette alternative" (*a*) que l'individu est cet "écartèlement" et qu'une solution ou l'autre soit envisagée, elle ne pourra que détruire une part de lui-même .

- Dans une seconde phase l'idée de la mort fait son apparition : "l'homme sait qu'il peut et doit mourir, il est aussi le seul capable de se donner la mort volontairement . Il n'est pas douteux non plus que l'idée de la mort tient dans la pensée humaine une place considérable, et non point toujours parce qu'on fuit et craint la mort, parce qu'on l'appelle, qu'on l'aime" (*b*) . Ainsi "l'angoisse névrotique est une angoisse de mort" (*c*) .

2- L'incertitude

se met en évidence par les hésitations, les doutes du sujet sur l'efficacité de son traitement, il n'ose pas croire à sa curabilité . Bref, pour l'anxieux, l'anxiété s'étend autour de lui et il se dirige vers les conduites ou "mécanismes d'échec" (*d*) .

3- L'indécision

est la résultante de l'incertitude et de l'ambivalence .

(a) locution citée page 38.
(b) locution citée page 263.
(c) locution citée page 296.
(d) locution citée page 268.

Nous ressortons deux problèmes ,
celui des tendances agressives puis celui de la liberté

1- Les tendances agressives peuvent être angoissantes si elles se dirigent "vers des êtres qui sont en même temps ceux que nous aimons par dessus tout" et si le sujet se sent coupable elles peuvent se retourner "contre le coupable lui-même" (*a*) .

Elles peuvent également apparaître "comme une haine de l'autre sexe" (*b*) ce qui élabore une homosexualité latente qui empêche la constitution d'un vrai couple tel celui de "Sodome et Gomorrhe" de Jean GIRAUDOUX .

2- Le problème de la liberté .

Jean-Paul SARTRE dans "L'Etre et le Néant" écrit que les hommes qui essaient de réfléchir "sont condamnés au désespoir, car ils découvrent en même temps que toutes les activités humaines sont équivalentes ..." car "voués par principe à l'échec. Ainsi revient-il au même de s'énivrer solitairement ou de conduire les peuples"(*c*) FAVEZ-BOUTONNIER nous rappelle alors que dans le "rêve éveillé dirigé" (RED) de R. DESOILLE si les images de destruction et de mort n'arrivent chez l'individu normal qu'à la "descente", par contre chez des malades il est possible de les trouver aux deux pôles (bas et haut),ce qui est un "nivellement" désespérant et angoissant (*d*) et qui représente pour l'auteur "l'angoisse devant la liberté" .

(a) locution citée page 267.
(b) locution citée page 288.
(c) cité par FAVEZ BOUTONNIER, page 292 (51).
(d) locution citée pages 275 et 276.

Comme il faut que devant les conflits de la vie un choix se fasse cela ne se peut que si "une organisation nouvelle soudain remplace cet équilibre apparent qui n'était en réalité qu'un conflit . Mais l'être alors se sent libéré ..." (*a*)

L'angoisse apparaît à l'auteur "non seulement comme une conséquence de cette fatalité et du conflit qu'elle suppose entre les instincts qui poussent l'être vers la vie et les inexorables puissances inconscientes qui exigent son holocauste, mais aussi comme une manifestation de l'aptitude de l'homme à échapper à cette fatalité et à guérir"(*b*) .

Si le névrosé ..." est d'abord condamné à vivre avant de se reconnaître le droit d'aimer la vie " (*c*), la liberté est donc le seul remède mais aussi le principe même de l'angoisse. "et c'est peut-être (...) le sens profond du rapprochement que l'on a établi entre l'angoisse et le "traumatisme de la naissance" : c'est toujours sur le chemin d'une vie nouvelle que l'homme rencontre l'angoisse en même temps que la liberté" (*d*) .

Le problème de la liberté est au cœur de l'alcoolisme ; c'est ainsi que le Révérend Père BEDARD au XXIVème Congrès international sur l'alcoolisme en 1952 a centré le sujet sur l'"alcoolisme, problème de la liberté" (*e*) .

L'homme pour chasser l'angoisse, s'aliène par l'alcool jusqu'au moment où l'angoisse réapparaît, alors il reboit ... (R. VIGNON) (148) .

(a) locution citée page 297.
(b) locution citée page 298.
(c) locution citée page 299.
(d) locution citée page 305.
(e) cité dans E M C page 9, FOUQUET.

Il s'agit donc de "fuite de soi et du milieu" par Janine GUIOT (65) . De même l'émancipation de la femme actuelle la mettant plus facilement face à des conflits est plus fréquemment anxieuse, situation dont elle s'évade par l'alcool (Cécile OSSOUF) (113) . Mais il n'y a pas que la pseudo-liberté-évasion que le sujet recherche mais aussi par son choix d'une boisson alcoolisée et celle qu'il préfère (vin, cidre . . .) il veut affirmer sa liberté . Même comme le malade de JANET dit " Je suis comme les autres" alors pourrait-il dire : "je bois, j'abandonne mon Moi, je me libère de l'angoisse, et je rentre dans le groupe pour qu'il protège ma nouvelle liberté irréelle et fictive". C'est l'illusion de la liberté grâce à l'alcool qui anesthésie l'angoisse bien réelle, elle.

Si la névrose d'angoisse est le nœud du problème elle ne représente pas tout car l'angoisse se retrouve dans d'autres névroses actuelles telles la neurasthénie et la névrose de peur ; également nous pouvons la trouver dans les névroses de transfert telle la névrose phobique ou hystérie d'angoisse et la psycho-névrose obsessionnelle . Il ne faut pas oublier non plus que l'angoisse dans le cadre des psychoses que nous avons déjà étudiées (cf. page 51) se retrouve notamment dans l'épilepsie, la manie et la mélancolie, et dans les délires paranoïaques .

Nous n'oublierons pas que l'angoisse chez l'enfant de huit mois apparaît par absence du personnage émotionnel c'est-à-dire l'image de la mère ; entre trois et sept ans, c'est l'angoisse de castration qui est un support de la mythologie infantile terrifiante; de 7 ans à la puberté si elle existe c'est pathologique , enfin l'adolescence voit le réveil des pulsions .

En conclusion il semble bien qu'à travers cette angoisse que nous venons d'étudier et particulièrement à travers la névrose d'angoisse nous retrouvons une part importante des personnalités alcooliques dont nous avons étudié précédemment les conflits et dont FOUQUET fait la névrose alcoolique et dont il donne 40 à 50% chez les hommes alcooliques et 80% des femmes alcooliques en France.

b) Peut-on parler d'une structure psychotique à la genèse de l'appétence ?

Pour BENSOUSSAN (13) en 1962 "si le terme de névrose alcoolique demeure pratique" , l'expérience montre que ces malades alcooliques évoquent plus des psychotiques par une "faiblesse de leur Moi" , par l'intensité de leurs "investissements narcissiques", par le caractère primitif de leurs défenses" et par leurs "exigences dans le maniement efficace du traitement" aussi il conclut que c'est à une névrotisation et à une obsessionnalisation des défenses ayant une valeur structurante pour un Moi aussi fragile auxquelles l'alcoolique arrive .

Déjà en 1959, MARTIN et MAINVIELLE (101) relèvent la fréquence des "structures projectives paranoïaques" chez les alcooliques et la littérature de "MAGNAN à KNIGHT" ; aussi pour approfondir la relation de la structure paranoïaque et de l'alcoolomanie, ils pensent qu'il y aurait intérêt à étudier "la parenté de style " qui existe "avec cette forme de relation au monde que désigne le mot de transitivisme" . Pour eux la prédisposition mentale serait donc le primum movens de l'appétence .

En 1961 Madame CHEVAL DELFOLIE (26) se demande s'il ne faut pas créer le cadre d'une psychose alcoolique à cause de cette manière d'être, orale et alcoolomane, pour rechercher un état particulier, psychoaffectif qui néglige ou recherche, les conséquences morbides du toxique .

Enfin J. CARRERE en 1962 (24) note que le style de vie de certains alcooliques pourrait être qualifié de "quasi schizophrénique" par la modification morbide de la synthèse supérieure de leur personnalité .

Cet essai de psychotisation de l'alcoolomanie des années 1959-1962 ne semble pas avoir eu de suites importantes .

c) Appétence à l'alcool : une toxicomanie ?

Il s'agit d'une vieille querelle mais il semble que la dernière mise au point de l'O. M. S. l'ait apaisée car M. POROT et al. en 1968 (122) fait une étude de "l'alcoolomanie" à côté des autres toxiques . Ce qui semble tout à fait en accord avec les observations des auteurs américains qui parlent du cercle vicieux des appétences combinées ou successives aux amphétamines, café, tranquillisants, alcool ... entre autres .

Toutefois pour DURAND en 1955 (44) "on a voulu faire jouer" ... dans l'association alcool-drogue à l'alcool le rôle du "toxique de substitution", en fait pour l'auteur l'alcool ne pourrait remplacer le toxique, le malade recherchant l'alcool pour oublier l'angoisse "ressentie devant l'absence de drogue" . Aussi il distingue les névroses toxicomaniaques et les névroses alcooliques . Ce qui est intéressant dans sa classification des toxicomanies dans les névroses c'est la distinction entre la névrose toxicomaniaque de type "impulsif" qu'il dénomme "toxicomanie vraie" et la névrose toxicomaniaque "compulsive" .

Il parle d'"impulsion" si le Moi du sujet est en accord avec la conduite, donc "syntone du Moi" ; et il parle de "compulsion" si le Moi du sujet est en désaccord avec la conduite "non syntone du Moi" .

Nous nous rappelons que l'appétence alcoolique est souvent ambivalente donc de type "compulsif", c'est-à-dire "source de souffrance et de plaisir pour le Moi" (44) .

Mais en 1965 le Comité d'Experts de l'organisation Mondiale de la Santé (O. M. S.) a substitué aux termes de "toxicomanie" et "d'accoutumance", l'expression de "dépendance à l'égard des drogues" qui est définie comme un état résultant de l'absorption périodique ou continuelle et répétée d'un certain toxique ou drogue . La dépendance peut être psychique, physique ou les deux . Quant à l'assuétude elle est caractérisée par un désir devenu insurmontable engendrant un besoin . L'O. M. S. a individualisé plusieurs types de dépendance dont celle à l'alcool .

Ainsi pour POROT (122) y-a-t-il deux sortes de toxicomanie : les "majeures" comme l'opium, chanvre, cocaïne. . . , et les "mineures" comme l'alcool, le tabac , le thé, le café qui sont susceptibles par leur abus de créer un danger individuel et parfois social" . "Les sujets d'après KRONFELD portent en eux un conflit intérieur et durable qu'ils ne parviennent pas à résoudre ; ce sont des malheureux, des insatisfaits qui trouvent dans l'ivresse toxique ou le sommeil une annulation affective de ce conflit . Ce sont bien souvent des sujets dont l'adaptation sociale se fait mal". Et plus loin il poursuit "y-a-t-il un rapport entre le choix du toxique et la constitution du sujet ? la drogue est le plus souvent celle que procurent le milieu et les circonstances . Par contre, sur le plan racial, il n'est pas douteux que chaque peuple ou groupe de peuples va, comme l'ont fait remarquer POLISCH , J. BOUQUET, vers les moyens d'ivresse correspondant à sa mentalité et au tempérament que commande sa biologie. Au chinois, l'opium qui favorise les tendances à l'isolement contemplatif ; à l'oriental, le haschich qui procure rêves et visions à son imagination, et à l'occidental, l'alcool et les toxiques synthétiques, plus en rapport avec ses tendances dynamiques et son besoin d'activité sociale" (POROT page 16) (122) .

d) Immaturité et ambivalence ?

L'alcool peut apparaître chez le jeune comme un apaisement au désappointement et à la colère qu'il a en arrivant dans le monde des adultes parce que son enfance lui a fourni trop de besoins d'indulgence . C'est dans l'onirisme compensateur (KNIGHT) qu'il réalise symboliquement les impulsions hostiles envers ses parents et son entourage ; ainsi il s'opère une gratification symbolique du besoin affectif dont il est frustré . Seulement l'éthylisme ne peut qu'aggraver le problème et non le résoudre . Le malade névrotique vit en relation avec l'alcool comme un secours, un refuge aussi établit-il, maintient-il et justifie-t-il "ce mode relationnel particulier en usant d'un comportement oral essentiellement régressif" qui est un mode "d'expression et de satisfaction d'une structure aux

traits profondément archaïques et qui trouvent leur origine dans les premiers stades de la formation de la personnalité " (CASTETS) . GUEZENNEC au T. A. T. (a) retrouve une ambivalence de la personnalité alcoolique . Pour CASTETS (25) l'ambivalence serait essentiellement sado-masochiste . En effet l'alcoolique boit pour lever ses inhibitions, pour s'imposer agressivement aux autres, mais il sait consciemment ou inconsciemment (alcoolisme d'habitude) que le fait d' absorber des boissons alcooliques est un mouvement auto-destructeur ; ceci se rencontre au maximum chez les intolérants qui le savent et qui continuent . Cette ambivalence s'intègre dans sa recherche de dépendance car l'alcoolique en étant de plus en plus dépendant de sa femme, de ses collègues, voit par là même cette dépendance menacée d'abandon et ceci est surtout visible chez les alcooliques invétérés menacés de cure de désintoxication en service fermé .

Il semble qu'ils aiment à la fois être de plus en plus dépendants et se faire rejeter . De la même façon que le conjoint de cet alcoolique après l'avoir mis en cure d'H. P. supplie le médecin chef de le libérer très vite .

L'ambivalence est partout dans sa vie : dans les imago (incestueux ou castré), dans la sexualité (hétéro-sexuel social mais homo-sexuel latent), dans le couple (sado-masochiste) , dans le comportement (recherche du rejet et de la dépendance) et dans le breuvage (libérateur mais autodestructeur) .

. . . . . .

(a) Thèse (63), page 40).

CONCLUSION :

1- Ainsi nous pouvons dire avec J. CARRERE (24) que si l'ivresse apporte à l'alcoolique "une sensation momentanée de se vivre et de se comporter comme une personnalité unifiée" en chassant son angoisse mais au prix d'une régression, c'est que la personnalité éthylique est "immature" et "ambivalente" .

2- L'appétence à l'alcool qui se présente comme une conduite pour chasser l'angoisse est en réalité l'ambivalence type puisque d'après FREUD (a) nous pouvons dire que l'absorption d'alcool est un substitut sexuel, c'est-à-dire le véritable "instinct de vie", alors que la recherche du masochisme est un "instinct de mort", et que dans l'ambivalence de l'angoisse il n'y a pas de choix possible mais que des possibilités .

(a) *"Au-delà du principe du plaisir - Essais de Psychanalyse". Ed. Payot, Paris, 1968.*

D

FACTEURS COLLECTIFS ET SOCIOLOGIQUES D' APPETENCE

Le phénomène appétence à l'alcool pour être compris en totalité ne doit pas être étudié seulement au niveau du sujet alcoolique, il faut considérer ce dernier dans son cadre de vie : sa famille, ses amis, son lieu de travail, la société à laquelle il appartient . Nous nous proposons donc d'étudier son milieu socio-culturel et économique, ainsi que les résonnances affectives profondes de l'appétence que l'on retrouve dans le patrimoine culturel et dans les racines religieuses de l'éthylisme .

1°- FACTEURS D'APPETENCE DANS LES COUTUMES ET DANS L'ECONOMIE .

Le milieu socio-culturel et économique présente le besoin de boissons alcoolisées comme faisant partie des coutumes et des exigences sociales ; en effet l'alcool facilite les relations sociales, il crée l'ambiance et la chaleur communicative des banquets et des réunions, il accompagne les cérémonies, les fêtes et fait partie des rites religieux . Aussi l'alcool est synonyme de plaisir, de réjouissance, aussi semble-t-il naturel que par habitude et conditionnement les individus d'une telle société aient envie par imitation de prendre de l'alcool .

a) On trouve en France une prédominance de l'alcoolisme par habitude et par entraînement.

Nulle part l'opinion publique n'est aussi tolérante qu'en France à l'égard des abus alcooliques . Une enquête Gallup de 1954 interrogeait 2000 français : 88% des hommes et 72% des femmes considéraient le vin comme profitable à la santé et les hommes pensaient même que 1, 8 litre de vin par jour était permis pour un gros travailleur manuel . Les débits de boissons alcoolisées relevés étaient de "un débit pour 97 habitants", c'est -à-dire un débit pour 45 hommes . Enfin l'enquête soulignait qu'il était impoli de refuser le verre offert et que le vin et la bière n'étaient pas vus comme boissons alcoolisées mais comme boissons nationales .

Cette consommation importante et continue amène les sujets à adapter leur consommation aux nécessités de leur vie, mais ils ne peuvent pas s'en passer tout à fait car les symptômes d'abstinence surgiraient et seraient insupportables et la pression de leur entourage les inciterait alors continuellement et en toute occasion à prendre une boisson alcoolisée : que ce soit leurs collègues de travail avant, pendant (sauf exception pour certaines entreprises où toute boisson alcoolisée est interdite) , après le travail, pendant les réunions, ou leurs amis , la publicité , l'habitude familiale, tout pousse les individus à consommer . . . .

b) Les facteurs économiques sont-ils responsables de l'appétence morbide ?

Avant on attribuait à ces facteurs économiques toute la responsabilité, et il est effectif que l'industrie française des boissons alcooliques influe beaucoup sur la consommation . La lutte antialcoolique est freinée car c'est près d'un tiers de votants qui participe à cette industrie , tant à la production qu'à la vente . Cependant la consommation élevée n'est pas expliquée entièrement par l'économie car en Italie par exemple où il y a plus de vin produit,

l'alcoolisation par contre est moins importante . Au contraire en Suède où l'industrie de l'alcool est monopole d'état (qui ne pousse pas à la consommation contrairement aux entreprises privées) l'alcoolisme est un problème grave .

Ainsi les facteurs économiques expliquent plus pourquoi la lutte contre l'alcoolisme est si difficile qu'ils n'élucident le pourquoi de l'appétence .

Ainsi Monsieur Alain BARJOT (*a*) pouvait écrire en 1959

> "la loi apparaît comme la résultante de deux forces, une force de conservation, défendant les situations et les positions acquises, une force d'évolution cherchant à les adapter aux besoins de la société moderne et aux impératifs de la justice sociale " .

ce qui explique que l'économie du vin qui touche 3.500.000 personnes actives en France essaie de conserver, voire même d'augmenter l'appétence des individus à l'alcool .

c) Quelle est l'influence des divers milieux sociaux ?

Nous trouvons des malades alcooliques à tous les niveaux sociaux . Cependant les études récentes ont démontré que les habitudes de boire et la fréquence de l'alcoolisme peuvent varier d'une couche sociale à l'autre , d'un milieu de travail à l'autre .

BRESARD (141) a fait une enquête sur la consommation des boissons alcooliques dans un "isolat" démographique représentatif d'une population des houillères de la Loire . Il trouve qu'un mineur boit en moyenne

(a) M. Alain BARJOT - Conseiller d'Etat et Secrétaire Général du Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme. - Rapport du Premier congrès national contre l'alcoolisme. - Rev. Alcool. 1959, 5, 63-72.

1365 centimètres-cubes de vin par jour alors qu'un ouvrier spécialisé en prend 913 cc et que le personnel d'encadrement n'en boit que 446 cc par jour ; ce qui fait donc apparaître que la consommation de vin est inversement proportionnelle à la position sociale, économique et professionnelle . Pour l'auteur l'incidence des apéritifs , alcools supérieurs; etc... ne vient pas renverser ces statistiques .

Or, le volume d'alcool consommé aujourd'hui en France n'a augmenté que proportionnellement à l'accroissement de la population depuis 1950 . Mais les goûts se raffinent, aussi au cours des quinze dernières années la consommation des vins contrôlés a augmenté de 155% (*a*) et la vente de whisky a été multipliée par cinq en dix ans . Cette forme d'alcoolisme est peut-être plus sournoise que l'alcoolisme classique des catégories sociales défavorisées : c'est ce qu'on appelle l'alcoolisme "mondain" et de "parties" .

Il ressort d'une étude de W. PROVE (*b*) sur la consommation d'alcool des étudiants belges que l'appétence dépend étroitement des habitudes familiales et de la profession du père . Ainsi si 66% des étudiants dont le père exerce une profession intellectuelle consomment de l'alcool, pour ceux dont le père est un travailleur manuel le taux atteint 74% . Ce qui est significatif .

d) Quelle est l'influence du "Sex-ratio" ?

Il est évident que, même en France où une forte consommation est répandue et acceptée, l'opinion publique est moins tolérante à l'égard de la femme qui s'alcoolise . Grâce à ce tabou sociologique le risque

(a) Chiffre cité dans M.P. n° 349 (Déc. 1968), page 84.
(b) Ouest-Médical, 25 oct. 1965, 974-975 (analyse d'un article de W. PROVE de la Revue de l'Alcoolisme).

d'alcoolisation excessive est nettement moindre pour une femme psychiquement équilibrée . Les candidates à l'éthylisme sont donc moins nombreuses . D'autre part , l'alcoolomane névrosée recherche un effet toxique massif, elle se dirigera donc vers la consommation d'alcool fort .

Il ressort d'une enquête sur l'alcoolisme féminin (111) de C. NACHIN, J. P. LENGNAND et Mesdames JADE-BERA et GERNEZ que le plus souvent la buveuse invoquera des ennuis, le "cafard", le défaut de tendresse du mari, la solitude, alors que l'"habitude" et le "travail" (pour avoir des forces) viennent ensuite et que le "plaisir de boire" ne vient qu'en quatrième .

Il ressort donc qu'il s'agit d'une insatisfaction de leur vécu .

e) Envisageons quelques causes dites "sociales" qui influenceraient classiquement l'appétence à l'alcool .

α -Influence du travail

Nous avons la notion de métier-exposé : les professions qui donnent soif (cuisine, blanchisserie, mine. . .) De plus le travailleur de force trouve sa tâche moins dure lorsque l'alcool anesthésie sa fatigue .

- C'est le préposé des P. T. T. , c'est le déménageur qui reçoit son verre de vin "pourboire" .
- C'est le salaire en nature du patron qui liquide son vin ou sa bière (brasserie)
- C'est le commerce des boissons alcoolisées et de détail où il faut boire avec le client (serveur, serveuse de bar) ou de gros où il faut déguster .
- Ce sont les "métiers" en "marge" de la société par exemple la prostitution . . .

Mais ce sont aussi les affaires traitées au café (*a*) ou dans un dîner, les vins d'honneur ...

β - Les logements trop petits, les taudis, les habitations dans les grands ensembles amènent des conflits familiaux qui pourraient entre autre créer des névroses chez les enfants . C'est le problème des meublés avec bar où il faut consommer pour rester . Pourtant il faut dire que beaucoup de personnes ayant vécu dans ces conditions s'en sortent sans être alcooliques ....

Ce problème du paupérisme a été décrit en Angleterre par F. ENGELS et repris en France par Madame PIVERT , puis Cécile OSSOUF (113).

γ - L'alcoolisme des loisirs

Les pauses dans le travail sont une bonne raison de boire en communauté afin de se détendre . D'un autre côté les loisirs deviennent de plus en plus importants dans les civilisations modernes, que ce soient les week-ends, les vacances de quatre semaines, les "trois-huit" tout cela s'ajoutant aux risques "intempéries"dans le bâtiment et chez les marins pêcheurs . Bref, il s'agit d'occuper les temps libres (*b*) ... et la rencontre des "copains" dans un "estaminet" est si tentante .... elle ne demande aucun effort et permet de se soustraire aux conflits possibles de la vie familiale ....

Ce sont aussi les réunions entre amis, les banquets, le snobisme qui oblige à boire et à offrir en réception ou en soirée des boissons alcoolisées .....

(a) Jack LONDON dans son roman : "Le cabaret de la dernière chance" ("John Barleycorn), Cres édit. 1928, raconte comment lui-même est devenu alcoolomane secondaire, pour entrer en contact avec les gens.... dans son travail.

(b) DAVOST : Rev. Alcool., 1961, 7, n° 2, page IX.

f) Il s'agirait donc d'un conditionnement reçu, allié à la notion de psychiatrisation de REQUET ;

Il ressort que le français moyen subit dans son enfance et plus spécialement dans son apprentissage un inévitable conditionnement à la boisson alcoolique . En effet depuis l'éducation "alcoolophile" de DESHAIE sans oublier la fameuse eau de Cologne pour laver le nourrisson BLONDET(*a*) jusqu'au prosélytisme des buveurs au café ou sur les chantiers, c'est un apprentissage alcoolique que la plupart des sujets vont recevoir s'ils ne contestent pas cette coutume . Il s'établit même une compétition et nombre d'individus se font une "gloriole" (RIOUX et BOLLET) d'être de forts buveurs, des hommes à qui l'alcool ne fait ni peur, ni mal .

Divers auteurs notamment S. LEDERMANN (*b*) notent que la menace d'un conflit familial fait augmenter les admissions des H. P. de tous les malades mentaux et parmi eux les alcooliques augmentent en même proportion . Ce qui prouve qu'en période de tension importante, le déséquilibre, l'alcoolisation morbide est augmentée .

A cause de la possibilité des névroses réactionnelles par mauvaise adaptation de l'ouvrier à sa tâche (SIVADON), des déséquilibres qu'entraînent la cadence et le rythme du travail (S. BACON), du désarroi, du pessimisme qu'apporte la civilisation technique (JUNCK (*c*)

(a) P. BLONDET dans les Archives médico-chirurgicales de Normandie 1963, n° 125, pages 139 à 141 "intoxication éthylique chronique du nourrisson", relate que cette eau de cologne à 65 % ou à 70 % passe très bien par voie percutanée (90 %) ce qui fait qu'une bouteille de 500 cm3 équivaut à une bouteille de Calva à 40°.

(b) S. LEDERMAN analyse dans le C.M. de 1964, 86, n° 41, 5615-5623 du 2e tome d' "Alcool, alcoolisme, alcoolisation" au P.U.F.

(c) JUNCK : "Le futur a déjà commencé, cité dans Charles VAILLE : "Les stupéfiants, fléau social" Ed. Expansion Scientifique Française, 1955, pages 121 et suivantes.

et J. ELLUL (*a*), l'interdépendance moderne, la dilution des responsabilités, s'accompagnent de déshumanisation. Ce qui fait que l'individu se sent seul , perdu, et les lois et organismes sociaux malgré tout ce qu'ils représentent d'éléments sécurisants, n'ont pas réussi encore à compenser ce qu'une structure familiale et corporative apportait de chaleur, de réconfort et d'humain .

La liberté individuelle entraîne une destructuration sociale qui apporte un désarroi à l'individu qui aime être rassuré, mais en même temps elle lui permet de se reformer et de se restructurer sur des bases nouvelles et qui peuvent être meilleures ... mais ceci n'est possible que pour les individus adultes ; or nous avons vu au chapitre précédent que l' alcoolique est immature et qu'il ne peut choisir car il est ambivalent .

Nous en arrivons à la notion de "psychiatrisation"de l'alcoolisme de A. REQUET (*b*) qui a pu vérifier que la courbe de morbidité psychiatrique de l'alcool suit fidèlement celle de la morbidité psychiatrique en général.

Or, pour Madame PIVERT (*c*) l'individu est très facilement isolé, étouffé dans la civilisation moderne ce qui n'est autre qu'une "aliénation sociale" . Le conflit qui en résulte ne peut être surmonté par un individu immature et ambivalent que par l'alcool, conduite qui le met à nouveau en conflit avec le milieu . Mais la société s'est déculpabilisée en rendant le sujet coupable, aussi ne veut-elle plus se reconnaître en lui et de "l'aliénation sociale on passe à l'aliénation mentale" .

(a) J. ELLUL : "La technique ou l'enjeu du siècle". Ed. COLIN, 1954.
(b) dans thèse de NACHIN, cité "La psychiatrisation de l'alcoolisme" de A. REQUET - dans le "Lien Médical". Lyon 4e année, n° 7, Déc. 1955.
(c) cité dans thèse OSSOUF.

g) Quelques exemples de l'influence et des interactions du groupe vis à vis de l'alcoolique.

α - Le couple alcoolique

est très souvent pathologique . L'alcoolisme du mari apparaît comme une solution relative au conflit permanent qui existe .

Il y a 37, 3% d'hommes mariés à des femmes plus âgées qu'eux parmi les alcooliques, alors que parmi la population normale il n'y en a que 22, 37% pour H. DUCHENNE (*a*) .

Sous le nom de génétropisme, SZONDI a mis en évidence dans ce couple pathologique que le mari essayait de retrouver dans sa femme l'image maternelle à laquelle il était toujours fixé,et que par la femme voulait recréer l'image de sa propre mère dominatrice .

Avant il était admis que le membre alcoolique du couple était le bourreau tandis que l'autre membre était la victime . Mais dans l'étude d'un type d'épouses d'alcooliques que R. VALLET et collaborateurs ont appelé "femme(s) de tête(s)(147) les auteurs se demandent si la victime n'est pas consentante ? car le conjoint d'un alcoolique peut s'être marié par sadisme ou par masochisme, et dans le cas que VALLET étudie il s'agit de femmes venant compenser dans les couples les abdications et les abandons successifs du mari . C'est ainsi que l'autorité de la femme augmente progressivement .

" Cet état relationnel (soumission, domination) tend à aggraver l'alcoolisme par la fuite hors des exigences

(a) "A propos de la personnalité des alcooliques, envisagée d'un point de vue psychopathologique". Rev. alc. par DUCHENNE et BIRO, Avril-Juin 1967.

"conjugales et d'autre part l'alcoolisme tend à l'aggraver en accentuant la dépendance vis à vis du conjoint" R. VALLET et coll. (147) .

L. ISRAEL dans sa conférence "La victime de l'Hystérique" (75) met en évidence certaines analogies qui existent dans la relation pathologique qui s'établit dans le couple hystérique et le couple alcoolique (la femme hystérique et son époux d'une part, l'alcoolique et sa femme d'autre part) . Cette relation pathologique ne serait faite que d'une somme d'"illusions" visant dans les deux cas à la "supériorité de la femme" , marquée chez l'hystérique par ses soi-disants "intelligence, sûreté de goût. ." et chez la femme de l'alcoolique par son "niveau" social ou son âge plus élevé, et dont la résultante serait une castration de leurs maris . Si l'hystérique remplit sa vie d'illusions et met son mari à ses pieds tout en lui faisant endosser toutes les responsabilités réelles, par contre la femme de l'alcoolique vivant de désillusions donne l'illusion d'être masochiste pour mieux avilir ensuite son mari, le réduire à l'état d'enfant qui fuit dans l'irréel de l'alcool et pour enfin assumer les responsabilités .

Contrairement à l'hystérique qui perpétuellement est "victime" de ses illusions, la femme de l'alcoolique, très souvent hystérique, une fois désillusionnée, illusionne l'autre (son mari); chez lequel s'extériorise alors la relation pathologique du couple sous forme d'appétence .

β - La famille

doit jouer un rôle d'éducation car la sobriété est le résultat d'une censure exercée sur l'enfant qui spontanément a tendance à abuser des boissons alcoolisées lorsque son comportement n'est pas critiqué par l'entourage (DALLA VOLTA) (*a*) . Mais si la famille fait la critique des boissons alcoolisées tout en étant source de conflits, de troubles affectifs (mauvaise entente, divorce, abandon. .)

(a) DALLA VOLTA cité (119) page 365.

qui sont générateurs de déséquilibre de la personnalité de l'enfant, la notion précédente de censure aura beaucoup moins de valeur .

Nous comprenons aisément pourquoi les familles d'alcooliques sont génératrices elles-mêmes d'alcoolisme par absence de critique, par la source de conflits et par le rôle initiateur qu'elles exercent .

Cette imitation peut s'exercer directement, aussi le brave paysan normand récompense son fils d'une bonne note scolaire en l'amenant dans son sellier et lui sert un petit verre de "calva", ou elle peut se faire directement, l'enfant s'identifiant par le fait de boire à son image adulte idéale . Nous pouvons donc retenir que l'alcoolisme menace d'autant plus l'enfant que ses parents y sont plus portés . Les statistiques de CORD, CAD et GUDEMAN sont explicites à ce sujet (α) : dans cinq familles non alcooliques ils ne retrouvent aucun enfant alcoolique, alors que dans cinq familles alcooliques ils en retrouvent quatre .

γ - L'ethnie

Les coutumes de boire sont très différentes d'un groupe ethnique à l'autre . Certaines religions prohibent totalement l'alcool pour leurs fidèles ; il en est ainsi de la religion musulmane . On sait également que les populations juives sont peu menacées d'alcoolisme chronique alors que la fréquence des autres maladies psychiatriques est comparable aux autres populations .

Si la consommation d'alcool modérée est habituelle dans les cercles judaïques, les excès sont sévèrement condamnés . La fonction sociale de l'alcool est liée au rôle sacré et symbolique donné au vin dans les rites .

A l'opposé de ces usages nous trouvons les excès habituels des irlandais pour qui le whisky est le

(α) (104), page 77.

moyen de se décharger de leurs conflits . De la même façon, pour beaucoup de Martiniquais le rhum est un moyen de compenser l'immaturité que leur confère une éducation "matrifocale" .RIBSTEIN, CERTHOUX et LAVENAIRE (132) nous apprennent que 40% des alcooliques de la Martinique ont été élevés dans des foyers matrinucléaires (mère ou substitu) où 16% y vivent encore à l'âge adulte.. Ce qui fait que la plupart des Martiniquais alcooliques n'ont pas réussi à s'émanciper de "la figure maternelle toute puissante" .

Ainsi par ces quelques exemples nous avons pu voir qu'un groupe s'individualise par rapport à l'alcool en l'acceptant en totalité, en partie, ou en le rejetant. . . ; c'est que l'alcool est un véhicule d'échange des personnalités du groupe et des groupes entre eux . C'est donc le symbolisme, le "mythe" de l'alcool que nous allons étudier maintenant .

2°- LES FACTEURS D'APPETENCE ONT UNE RESONNANCE PROFONDE CAR ILS SE RETROUVENT DANS LE PATRIMOINE CULTUREL .

Si l'alcool est omniprésent et si la pression sociale nous entraîne à en prendre, il faut dire que l'homme a recours à l'alcool depuis des temps immémoriaux (dix millénaires) . Les boissons alcoolisées ont été liées à la mythologie aussi il ne faut pas s'étonner que l'alcool soit investi actuellement d'une présence et d'un pouvoir si fort dans notre civilisation, ce qui conditionne l'appétence .

C'est ce que nous allons essayer de montrer par l'étude successive de la présence de l'alcool dans les mythologies primitives et surtout indo-européennes . Nous retracerons ensuite chronologiquement l'histoire de l'évolution des boissons alcoolisées liée jusqu'à nos jours à des problèmes économiques . Enfin nous brosserons un tableau des valeurs investies sur l'alcool actuellement en France, dans la littérature et dans l'opinion publique .

Ainsi nous comprendrons mieux la puissance d'évocation que l'alcool exerce sur l'homme de notre temps, puisque toutes les progressions de nos civilisations occidentales ont été accompagnées, on pourrait dire "arrosées" par les boissons alcoolisées .

a) Appétence dans les mythologies

Le mot mythe est la forme française du mot grec μῦθος (parole, discours), aussi le définirons-nous avec A.M. KRAPPE (85) comme un "conte explicatif" (*a*)

Nous envisagerons l'évolution de la mythologie des boissons alcoolisées enivrantes à travers les mythologies védiques (Indes anciennes) perse, égyptienne, juive, grecque, romaine, germaine et du Nouveau-Monde, pour l'essentiel .

Il n'y a pas de peuplade si sauvage fût-elle qui ignore ce don du ciel, le seul, en définitive qui permette à l'homme d'oublier sa misère et de se procurer quelques heures "d'heureuse folie" (M. KRAPPE) . Aussi l'alcool est quelque chose pour les peuplades primitives de surnaturel, donc elles le déifient facilement ou en font l'ouvrage d'un dieu : c'est le "soma" védique, le "Haoma" perse, le "Nectar" grec (*b*) ,"l'hydromel" des peuplades du nord, le "vin" des méditerranéens, le "pulque" mexicain .

Afin d'étudier le mythe de l'alcool nous devons envisager trois mythes auxquels il se rattache : le Feu , la Lune et le Sang .

(a) locution citée (85), page 27.
(b) Athénée I, 326, rapporte la tradition selon laquelle le nectar est un mélange de vin et de miel (85), page 306.

α - La boisson énivrante : un mythe lunaire :

l'action exercée par la Lune sur la sève des plantes a conduit à l'établissement de rapports très curieux entre l'astre des nuits et le jus extrait de certaines plantes pour en faire des boissons enivrantes (A.M. KRAPPE) (85) .

En Grèce le Dieu patron des boissons enivrantes, le Seigneur des femmes (EURIPIDE, les Bacchantes p. 217 et suivantes) c'est DIONYSOS fils de JUPITER et de la LUNE (a) à l'origine un Dieu lunaire donc, qui n'a pourtant jamais bénéficié de ce culte . En Amérique Centrale et du Sud, le "chicha" (b) est le sang de la lune (c); de même qu'en Amérique du Nord, dans les montagnes du Kentucky l'alcool de fraude de la prohibition s'appelait "Moonshine" (clair de lune) car les Indiens consommaient le chicha en l'honneur de la lune, et également les Iroquois faisaient une boisson alcoolisée avec le jus sucré de l'érable ; or leur Dieu ODENDORMIA (branche d'érable) était aussi un Dieu lunaire (85) . Il en est de même pour le Dieu SOMA védique préposé à la fabrication des boissons alcoolisées, ainsi que pour l'ODIN germanique .

β - L'origine des boissons alcoolisées liée au mythe de l'origine du feu .

Un hymne du Rig Veda adressé conjointement à AGNI (feu déifié) et à SOMA (plante déifiée source d'un breuvage enivrant) dit (d) (58) :

(a) d'après CICERON : "De l'origine des dieux", III, 23-58.
(b) Chicha : boisson faite de maïs et d'eau sucrée.
(c) Cit. (55), page 103.
(d) Trad. du Rigveda d'après T.H. GRIFFITH (Bénarès 1896-1897). Hymne I, 93, 5-3 dans FRAZER, page 241.

" Agni et Soma, agissant de concert, vous avez placé les lumières étincelantes dans le ciel

De la malédiction et du reproche, Agni et Soma, vous avez délivré les rivières enchaînées,

L'un de vous (Agni) fut apporté du ciel par MATARISWAN, le Faucon arracha l'autre (SOMA)à la montagne "

de même que c'est un oiseau qui apporte le feu aux hommes dans les légendes anciennes, nous tenons ici la notion d'un oiseau (faucon) apportant l'alcool . Dans une autre version du Rig Veda (IV, 27, 3) c'est le Dieu INDRA toujours sous forme de faucon qui dérobe le "soma" à son gardien, ailleurs c'est l'oiseau "GARUDA" qui amène l'"AMRITA" (*a*) .

La même image est retrouvée dans d'autres mythologies : en Scandinavie le Dieu ODIN sous forme d'aigle apporte la boisson d'inspiration qui est sûrement une liqueur enivrante pour M. KRAPPE (*b*); de même en Perse il y a plusieurs oiseaux divins porteurs du "haoma" (*b*).

Nous avons donc retrouvé ici l'image d'un oiseau ramenant du ciel une boisson des Dieux . Il se trouve que cette image dans la mythologie primitive a servi souvent pour décrire l'origine du feu . Nous prendrons un exemple : dans les pays celtes le rouge-gorge a souvent été l'oiseau de feu, l'oiseau qui a volé si haut qu'il a été chercher le feu des dieux (du Dieu Soleil entre autres) .

D'autre part DIONYSOS ou BACCHUS , Dieu du vin, fils de JUPITER fut retiré du feu où sa mère, la terrestre SEMELE périt en le mettant au monde (8) . Ainsi dans la légende grecque, nous voyons d' emblée

(a) AMRITA : boisson divine, d'immortalité (85), page 307.
(b) HAOMA : variante perse du Soma védique (85), page 307.

l'alliance du ciel et de la terre produisant le Dieu du vin ; et dès avant sa naissance le vin passe dans le feu, ce qui, nous allons le voir dans l'"oracle de Delphes" est une immortalisation (grâce au feu) (35) . Suivant PLUTARQUE l'autel brûlant du Parnasse au début du 5ème siècle était considéré comme le foyer commun de la Grèce - quelles images archaïques étaient associées à la flamme éteinte du foyer ?

Le passage dans le feu permet une résurrection et une apothéose (SEMELE foudroyée par ZEUS dans le cycle delphien de DIONYSOS) . Or, à Delphes il y avait pour l'autel, des accessoires lors des fêtes du feu, dont les deux plus importants étaient le chaudron ("Holmos") du trépied d' APOLLON et le "VAN" de DIONYSOS . Et SOPHOCLE dans une "pièce perdue" (Marie DELCOURT) (35) nomme APOLLON : "Enolmos,Enolmires" associant le chaudron chargé de "représentation sexuelle" (qui était presque une coupe, où l'on aurait pu mettre le vin), à l'apothéose . Le Van de DIONYSOS lors des fêtes était chargé de fruits et de phallus . Ainsi par le culte de DIONYSOS nous retrouvons les qualités (ou défauts) que les Grecs attribuaient aux boissons alcoolisées .

γ-Les boissons alcoolisées et la mythologie du sang et de la "mise à mort primordiale" (78)

Pour parler de la mythologie du sang chez les peuples chasseurs il est nécessaire de remonter à la chair qui contient le sang . Car la consommation rituelle de la chair de l'animal est une véritable communion, qui permet de revigorer le clan en s'incorporant le potentiel vital qu'elle contient . Cette "zoophagie" vient du totemisme pour G. WELTER (150) . Aussi dans l'île japonaise de YESO après avoir élevé un ourson, à la fête annuelle, après l'avoir prié d'intercéder auprès de ses congénères, il était tué et son sang était bu chaud .

De même,la Pâque juive semble avoir une origine totemiste ; l'agneau aurait été l'ancêtre du clan de Rachel, nom qui veut dire brebis . Puis les prophètes auraient canalysé ce totémisme pour en faire un symbole dans le culte de YAVHE .

De même au cours des mystères grecs de DIONYSOS l'omophagie consistait à dévorer la chair crue d'animaux sacrés et celui qui en avait mangé était dit "enthéos" (celui qui a le Dieu en lui) .

D'autre part, toujours d'après WELTER , les membres du clan sont consanguins aussi le liquide chaud et rouge qui parcourt leur corps ne leur appartient pas car il est de la communauté , et chaque goutte de ce sang contient l'âme indivisible de tous ; ce caractère collectif est bien défini dans l'Ancien Testament . Son caractère sacré permet de l'utiliser dans des rites et en Bretagne, WELTER nous rapporte qu'il n'y a encore pas très longtemps après la bénédiction nuptiale, le marié suçait le sang venant d'une incision faite sous le sein gauche de la mariée .

Cette mythologie du sang a été liée d'une façon étroite à celle de l'alcool notamment à Rome où pour chaque sacrifice le prêtre goûtait le vin puis en versait entre les deux cornes de l'animal, puis il égorgeait la bête, et il recueillait le sang chaud dans des coupes et les libations suivaient (page 457) (30) .

D'après JENSEN (78) la cérémonie indienne pour obtenir le breuvage soma se rattache à "la mise à mort primordiale" (*a*) de SOMA , que l'on tue à nouveau en pressant le fruit . Les HUICHOL d'Amérique Centrale ont la même idée avec le cactus - peyote . Il s'agit donc d'une identification à travers le breuvage avec le Dieu qui conduit à la survie . C'est une idée présente chez les peuples agriculteurs d'Amérique du Sud mais qu'on retrouve aussi dans les "CRETOIS" tragédie d'EURIPIDE qui fait allusion dans le fragment qui est parvenu jusqu'à nous à l'homophagie dionysiaque (*b*) .

C'est de la notion profondément mythique d'identification de la boisson alcoolisée (vin) avec le sang qui par sa consommation rituelle est une communion

(a) (78), page 200.
(b) (8), page 265.

entraînant un lien de clan entre les buveurs qui s'identifient à travers ce breuvage avec le Dieu qui les conduit à la survie, que le Christ a fondé l'Eucharistie .

Après avoir vu les boissons alcoolisées dans les mythes, il s'agit de voir quels sont les pouvoirs que les civilisations successives ont reconnu et investi en elles .

Nous verrons donc les qualités du "SOMA" védique et du "HAOMA" perse, les mérites de DIONYSOS et les vertus du KVAS , de l'HYDROMEL et de la bière des germains .

1- L'hymne du Rig Veda exalte le "Soma" par l'"ELOHIM" ancestral des Aryas, Indra, enivré, dans une traduction donnée par Madame CHEVAL DELFOLIE (26) .

- " Oui, telle est ma pensée
  Je veux donner les vaches et les chevaux
  Je suis enivré de Soma

- De même que les vents agitent
  Ainsi les breuvages m'agitent -
  Je suis enivré de Soma

- Le ciel et la terre
  Ne m'ont-ils pas ajouté une aile en plus ?
  Je suis enivré de Soma

- Oui je veux serrer le Prithivi céleste
  des deux côtés -
  Je suis enivré de Soma

- Une des mes ailes touche au ciel
  l'autre traîne en bas -
  Je suis enivré de Soma

- Je viens prendre l'holocauste
  et je l'emporte aux dieux
  Je suis enivré de Soma" .

2- En Perse le "HAOMA" équivalent du Soma védique devient le "Saint Haoma qui éloigne la mort", c'est-à-dire l'"eau-de-vie" qui est une traduction littérale du mot irlandais "usque baugh" qui fit "whiskey" en Anglais (KRAPPE) .

3- Si nous prenons DIONYSOS comme Dieu gréco-romain résumant la plupart des mythes (relatifs au vin), d'origine de notre civilisation , nous trouvons qu'il symbolise :

- La puissance sexuelle, du reste les épithètes de DIONYSOS tels : "le couillard", l'"Erigé" disent bien ce qu'il faut penser de sa virilité . Il est entouré de symboles masculins (les"silènes éthyphalliques") (*a*) et du vin ("grappes et ceps") . Parfois DIONYSOS est représenté en puissance virile sous les aspects d'un taureau, d'un lion ou d'une panthère (*b*) pour séduire les filles de MINYAS : ALCATHOE, ARSIPPE et LEUCIPPE. Les fruits mis sur le "Van" de DIONYSOS sont un symbole de sa fécondité .

- Le vin chasse l'ennui, l'angoisse car DIONYSOS est appelé également "Liber" (celui qui libère l'esprit de tout soucis) ou "Lysœus" (qui chasse le chagrin)

- Dans le KOMOS dionysiaque nous retrouvons avec Madame DELCOURT (36) des restes des cérémonies d'initiation, au cours desquelles l'échange des vêtements semble signifier la rupture avec un groupe (celui des enfants) et agrégation à l'autre (adulte :masculin ou féminin) . Mais ce travestissement favorisera

(a) (36) page 22 - "Ithaphallique" est l'adjectif d'"itaphallos" (racine "phallus") qui était une danse d'hommes habillés en femmes au cours des ripailles telles le Kômos décrit par PHILOTRASTE (IIIe siècle avant J.C.), en l'honneur de Bacchus.

(b) panthère est masculin en grec.

- la licence ... Cependant il faut voir par delà l'ambivalence de ces travestissements sexuels une probation de l'adolescence (a) .

- DIONYSOS est le symbole de la santé ; en effet HYGIEE (30) fille d'ESCULAPE est représentée une coupe à la main et le rameau porte-chance "HYGIEIA" signifiant santé s'appelait également "Bacchus"

- La comédie est sortie du culte attique de Bacchus (dérivé du mot grec : "crier") il ne s'agissait au départ que de simple échange de quolibets qu'après boire se lançaient les convives du banquet .

- APOLLON consacra ses instruments de musique à BACCHUS et les avocats romains après avoir gagné leur cause en ayant bien parlé allaient près du tribunal couronner la statue de MARSYAS qui était pris pour Silène (b) (AUBERT) (8) .

δ - Les vertus des liqueurs alcoolisées des germains

La légende de KVASIR (c) montre que la boisson fermentée "KVAS" est un "moyen idéal de communion mystique" que reprend DUMEZIL en 1939 à Maurice CAHEN (d) car le breuvage fermenté par le fait que plusieurs

(a) (36), page 13. L'auteur voit dans les fêtes du vin de Montmartre à Paris une survivance des fêtes d'"ischophories" athéniennes qui avaient lieu après la vendange pressée, fin octobre au cours desquelles deux garçons en robe féminine portaient l'"osché" (cep de vigne chargé de grappes).

(b) Silène : père nourricier de Bacchus, alcoolique voluptueux et ventru qui n'avait que fort peu de moments de lucidité dans lesquels il se comportait en grand sage.

(c) KVAS : boisson fermentée en honneur chez les voisins orientaux des germains.

(d) CAHEN : thèse Paris 1921 sur "la libation , étude sur le vocabulaire religieux du vieux scandinave".

contractants y ont craché et DUMEZIL poursuit que les "scaldes" exaltaient comme garanti de leur culture l'hydromel de sagesse qui d'après un récit barbare dérivait du sang même de KVASIR assassiné . Ils mettent dans leurs contes surtout en relief l'euphorie et l'éloquence de l'homme ivre .

Dans la mythologie germanique DUMEZIL nous apprend que la bière n'est pas sacrée mais est le véhicule de magies . Ainsi en Norvège la bière est un excitant , signifiée par son nom : "veig" (vigueur, force) et alors "chaque homme vaut double" ("KVERR MADHR ER HALFU DYVI") ; aussi être en état de boire dans les beuveries est une preuve de bonne santé du corps .

Mais la bière est surtout un lien, symbolisé dans les rites; et elle est mise dans une même coupe, provenant de bières préparées individuellement . Ce lien est d'homme à homme, d'homme à Dieu, d'homme à femme . . . aussi les contrats réels (jugement, mariage. .) ne valent qu'à partir du moment de la libation . Ce sentiment de "liaison" trouve selon l'auteur sa plus haute expression dans ce qu'on appelle la "paix de la bière" , paix faite de sécurité, de joie, mais moins spontanée qu'obligatoire !

En conclusion :

1- En conclusion nous relèverons que les dieux du vin comme les mythes relatifs aux liqueurs dans leur ensemble sont profondément ambivalents . Les dieux sont doubles surtout quand le mythe décisif raconte leur mise à mort pour OSIRIS (*a*) comme pour DIONYSOS . Nous avons relevé également le travestissement des garçons dans le KOMOS dionysiaque . Mais l'ambivalence est marquée aussi dans l'hostilité que ces boissons alcoolisées

(a) OSIRIS : 1er cultivateur de la vigne en Egypte dont Plutarque écrit "qu'OSIRIS soit le même que DIONYSOS..." (35), page 155.

rencontrent dans les mythes : ainsi en Pologne le diable invente l'eau-de -vie et en enseigne l'usage par une vieille femme (a) ;de même un mythe MORDVIN conte comment le démon enseigne à un vieillard l'art de planter le houblon et de faire la bière . Ces boissons représentant donc, tour à tour, le bon et le mauvais objet .

2- Si les boissons alcoolisées ont joué un rôle si important pour se retrouver dans les mythes de la genèse de notre civilisation c'est qu'elles ont été reconnues capables de jouer un rôle cathartique non négligeable, de posséder l'individu, de l'exciter . . . bref elles ont été un facteur d'exaltation pour toutes les solennités des primitifs . . . .

Il subsiste aujourd'hui des restes des mythes antiques : en effet il existe des groupes archaïsants du Testevin ou des Sacovins (VIGNON 1952), et il est commun de dire que gagner une compétition c'est remporter la "coupe" . (FOUQUET et CLAVEUL 1956) qui évoque le crâne des ennemis dans lequel les Gaulois buvaient l'hydromel .

b) Evolution des boissons alcoolisées, liée à des problèmes socio-économiques .

D'après P. FOUQUET (56) les Antropologues assurent que les boissons alcoolisées étaient connues 10.000 ans avant J. Christ . Les jus sucrés des plantes laissés à l'air libre peuvent produire, grâce aux levures, des boissons contenant de l'alcool . La fabrication en était secrète mais chez les germains on sait que la fermentation était provoquée en crachant dans les boissons sucrées. L'exclusivité n'en resta pas aux prêtres, l'usage se profana et s'étendit aux rites d'initiation, aux cérémonies , aux festivités . . . .

(a) cité par KRAPPE (85) de HESSISCHE BLÄTTER FÜR VOLKSHUNDE III (1904), page 125.

4.000 ans avant Jésus-Christ à Babylone, la bière était connue et NIDABA en était la déesse .

Depuis leur séparation Hindous et Iraniens ont gardé chacun de leur côté des coutumes qui attachent à la liturgie l'usage des boissons sacrées qui ont des vertus de guérison, de force et de longévité (cf. hymne du Rig-Veda) .

2.000 ans avant Jésus-Christ les Egyptiens et les Hébreux connaissaient la viticulture (NOE à 75 ans planta sa vigne, but son vin et s'enivra (*a*) et dans le papyrus Ebers découvert à Louxor et conservé à la bibliothèque de Leipzig datant de 1600 à 1200 avant J. C., il y a une prescription composée entre autres d'"absinthe" en grande quantité et de "bière" pour ouvrir la voie à ses excréments en cas de "putréfaction" de ces dits excréments" (*b*) .

Les Celtes plusieurs millénaires avant J. C. connaissaient une boisson enivrante (cervoise ? bière) ainsi que les germains (hydromel) ceci attesté par CESAR, TACITE, BONIFACE . . . 6 siècles avant J. C. EURIPIDE chante les Bacchantes qui célébraient les mystères et les rites de DIONYSOS (*c*) le Dieu grec du vin .

Les grecs comme les indo-iraniens connurent l'ivresse sacrée et son pouvoir cathartique . Après eux l'usage des boissons alcoolisées et plus particulièrement du vin (que nous aurons seul en vue dans la suite de ce chapitre) se transmit aux Romains puis à la Gaule . . . . . .

(a) dans les Chaudières de l'Enfer - le problème de l'alcoolisation en France par Maryse QUERLIN - Gallimard, Paris 1965.

(b) page 47 de l'Histoire de la Médecine par M. BARIETY et COURY, Paris, Fayard 1963.

(c) Dionysos est le dieu grec du vin comme Osiris égyptien préside à la fabrication du vin, et leur équivalent latin fut Bacchus.

Si d'emblée les dangers du vin furent reconnus et nous prendrons à témoin le "code d'"HAMMOURABI" de Babylone (2000 ans avant J. C.) qui contient une règlementation de la vente et de la consommation du vin (*a*) ; il en sera de même dans l'Ancien et le Nouveau Testament puis chez les grecs et les Romains : (le Sénat romain interdit les orgies dionysiaques II siècles avant J. C.) ; malgré cela s'est transmis une civilisation gréco-latine qui qui a fait du vin "l'un des dons les plus précieux de la terre, et qui, dans sa pensée religieuse comme dans ses arts et ses lettres honore la vigne" (*b*) .

L'ignorance de l'art viticole déconsidère un homme aux yeux des Hellènes et en fait un barbare . Nous trouvons cela dans le langage que l'"Odyssée" donne au Cyclope, langage qui le rend ridicule .

Sur le versant Nord du TAURUS près d'IVRIG (région d'EREGLI), un bas-relief rupestre (Xème siècle avant J. C.) représente un roi HITTITE en adoration devant un Dieu de la végétation tenant dans sa main droite une grappe de raisin . Pour exprimer de façon imagée la gloire d'Israël le prophète OSEE (XIV, 8) au VIIIème siècle avant J. C. emploie cette phrase "Son nom sera comme le vin du Liban" .

Bref, le vin de qualité représentait l'expansion de toute une civilisation, car il était pour la Grèce une arme irrésistible pour commercer et faire le troc avec les Barbares . Ainsi ULYSSE débarque-t-il sur le rivage de cyclopie avec une outre de vin et le Cyclope après avoir bu est attendri et dit à Ulysse : "Donne encore, sois gentil, et dis-moi maintenant tout de suite ton nom, car je voudrais 't'offrir, ô mon hôte, un présent qui va te réjouir (*c*) .

(a) Les aspects psychosociaux de l'alcoolisme aux U.S.A. par J.C. ARFOUILLOUX dans le C.M. du 16 Novembre 1968, n° 46, 7749, 51-52.
(b) p. 77, Dion (40).
(c) Cité dans DION (40) dans une traduction de Victor BERARD- Odyssée IX, 355-356.

De plus, toujours d'après R. DION dans les temps homériques le vin avait pris valeur de monnaies(*a*)

La viticulture est qualifiée de "plant noble" (ε ὐ γ ε ν ε ι α), que les latins adoptèrent sous la forme "eugénia" .

Puis la progression de la civilisation latino-chrétienne marcha de pair avec les progrès de la viticulture . C'est ainsi qu'aux premiers siècles de notre ère l'art du vignoble s'étendit à la Gaule .

Les religieux apportaient leur foi, leur savoir, et la vigne à côté de l'Abbaye ou de l'Eglise, pour produire le vin nécessaire à la célébration de l'Eucharistie et pour accomplir leur devoir d'hospitalité .

A la chute de l'empire romain le vin garde en Gaule le prestige dont il jouissait , car en plus du rôle religieux il est un signe de dignité sociale, ainsi l'évêque devient le premier viticulteur de la cité . tel l'évêque d'Orléans en l'an 800 qui reçut le titre de pater vinearum ou "père des vignes" (*b*) . Et si Saint Eloi au VIIème siècle parle dans ses sermons d'ivrognerie, il n'y en avait guère que dans les villes comme il en avait déjà été à Rome(*c*).

Les XI et XIIème siècles sont marqués par l'introduction de l'"al-kohol" par les arabes d'Espagne et les savants juifs occidentaux . D'après BERTHELOT c'est dans les écrits d'un médecin persan RHAZES (ZAKARIYA RAZI) du Xème siècle que l'on trouve la première mention faite à l'alcool .

Les Arabes employèrent le mot "araq" antérieur à l'Islam signifiant "sueur" pour désigner le produit de distillation du vin . Mais au XIVème siècle , PARACELSE cherchant dans un latin pharmaceutique du XIème siècle trouva le mot alcool (venant de "Al kohol" terme arabe désignant l'antimoine pulvérisé), et, soit légèreté ,

(a) DION (40), conf. Iliade VII, 467-475.
(b) DION, page 172 (40).
(c) Le problème de l'alcoolisme par V. AITOFF.

soit fantaisie, soit ignorance, il le choisit arbitrairement pour signifier notre fameux . . . alcool !

Une autre origine serait le mot "Kahim" de l' hébreu "cohen" qui voulait dire magicien d'après ET. MERCIER-YTHIER (*a*) .

Puis, au XIIIème siècle ARNAUD de VILLE-NEUVE propose l'alcool comme médicament externe, mais ce n'est qu'à la Renaissance que la distillation a été clairement établie .

Tout ceci va de pair avec le renouveau commercial du XIème et XIIème siècle des villes viticoles françaises et comme le vin était signe d'abondance et de richesse et de position sociale, il servait d'appât certain pour promettre et donner aux serviteurs, car il était d'usage depuis la plus haute antiquité française que les maîtres donnent aux serviteurs leur propre boisson (*b*) . Il en était de même dans les statuts de l'Abbé ADALHARD qui en 822 dota le monastère de CERBIE, et encore au XIIIème siècle les moines de JUMIEGES allouaient à leur maréchal ferrand une ration alimentaire comprenant chaque jour une mesure de vin (*c*) . Or, il y avait beaucoup de domestiques entretenus par un maître et si ceux-ci au XI et XIIème siècles purent sortir de cet état grâce à la bonne économie des villes ils voulurent garder leur privilège et boire car ils se seraient sentis déshonorés de ne plus consommer de vin . La bourgeoisie et les municipalités continuèrent cette coutume, c'est ainsi qu'en 1398-1400 la ville de Nevers offrait le vin aux ouvriers de "braz" pour refaire un chemin (*d*), et pour fêter la naissance du dauphin Charles en 1470 il fut dressé à Orléans une fontaine de vin devant l'hôtel de ville (*d*) .

(a) "les mots Alambic et alcool" - la distillation et la civilisation islamique (la Rev. de l'Alcool, 1961, 7).
(b) en réalité bien souvent les serviteurs recevaient un vin de médiocre qualité.
(c) page 474, DION (40).
(d) page 476, DION (40).

Si le XIV et le XVème virent l'usage de l'eau-de-vie s'étendre c'est vers la fin du XVIème siècle que la monarchie d'Henri IV cessa de faire respecter des règlements séculaires datant de Saint-Louis qui interdisaient aux cabaretiers et taverniers de recevoir les gens du pays où ils étaient installés, aussi les ivrogneries se firent plus fréquentes .

Comment se présentait la situation au début du XVIIe siècle ?

La consommation en vin d'eau-de-vie augmentant, Louis XIII en 1637 par lettres-patentes érigea la corporation des distilleurs en métier juré . Ainsi en Aunis et Saintonge on commença à convertir le vin en eau-de-vie puis en Cognac . Donc si l'économie du vin et des eaux-de-vie florissait, les textes dans ce XVIIème montrent que les paysans buvaient fort peu mais que le petit peuple des villes en buvaient beaucoup (*a*) .

Au cours du XVIII l'opposition entre ville et campagne va s'effaçant progressivement et en 1778 l'économiste MOHEAU (*b*) dit : "dans l'état habituel de la consommation du peuple .... il en est beaucoup plus qui boivent du vin, excellente boisson pour les pauvres ..." puis après la révolution de 1789 le progrès économique des gens de la campagne a été de pair avec une augmentation de leur consommation en vin . Ceci s'est surtout manifesté au cours du XIXème avec la naissance de l'industrie et nous en sommes arrivés au XXème siècle à une alcoolisation de tous les milieux, mais plus spécialement parmi les moins intellectuels .

Cette évolution nous aide à comprendre que les investissements dont se trouvent parées les boissons

(a) DION (p. 472).
(b) DION (p. 593).

alcoolisées et le vin en particulier en France, n'ont pas une simple valeur actuelle mais éveillent dans nos engrammes conscients et inconscients, individuels et collectifs, des tendances à l'appétence .

Il s'agira donc dans un dernier chapitre d'étudier la conscience collective se référant à l'appétence aux boissons alcoolisées des personnes du XXème siècle, du vieillard à l'enfant, grâce à la littérature qui peut refléter certaines tendances, puis par des résultats d'enquête, et enfin par l'étude des préjugés sociaux .

c) Appétence investie dans la littérature et dans les préjugés actuellement en France.

Nous allons étudier dans ce chapitre quel est le prestige(et le pouvoir)qu'exerce l'alcool actuellement en France .

α - La littérature peut être à certains moments le reflet de tendances présentes dans une civilisation comme elle peut également être une source d'idées, influençant les pensées et la vie d'un peuple .

Or dans les classes de lycée français où la critique littéraire existe mais où les esprits surtout dans les classes les plus jeunes , ne font pas toujours la part des choses qu'est-il offert avec notre patrimoine national? des poésies et des textes en quantité qui font la gloire du vin et des alcools : VILLON, MAROT, RABELAIS n'oublient pas de louer le vin, et ce dernier prêtre et médecin (1495-1555) affirmait que "jamais homme noble ne hait le bon vin : c'est un apophtegme monacal" (a) . Et BOILEAU DESPREAU (1636-1711) affirme "qui ne sait boire ne sait rien" . Plus tard J. J. ROUSSEAU (1712-1778) peut écrire que "toute intempérance est vicieuse " ... "Mais

(a) Extrait de "comment un moine de Vouillé sauva le clos de vigne de l'abbaye.

enfin le goût du vin n'est pas un crime" et "les buveurs ont de la cordialité, de la franchise , ils sont presque tous bons, droits, justes, fidèles, braves et honnêtes gens, à leur défaut près" (*a*) .

Le vin peut avoir de bons effets . Jean le HOUX (XVIème siècle) pour qui "le vin est guérison de (ses)maux" (*b*) car il guérit "toux, rhume, estomac, débilité, goutte" ... et "humeur" basse (*c*)

"Je perds, amis , mes soucis quand je bois" dit RONSARD (1524-1585), comme Du BELLAY (1525-1560)

" Noie ou brûle au dedans
La fâcheuse mémoire
De nos soucis mordants"

Et PIRON dans son "Sur Grégoire" écrit :

"Les Saumaises, les Casambons
Ne sont que de petits garçons
Auprès du bonhomme Grégoire :
Lui seul il en sait plus que tous .
Que sait-il ? me demandez-vous
Il sait boire " .

Puis au cours du XIXème et du XXème siècles deux tendances vont se détacher : une de louange et l'autre de patriotisme populaire .

Nous pouvons trouver dans quelques textes de BAUDELAIRE des exemples de louanges des alcools pour les émotions et plaisirs qu'ils procurent . Dans les "Paradis Artificiels" BAUDELAIRE écrit :

(l'homme) a donc voulu créer le paradis par la pharmacie , par les boissons fermentées ....."

(a) dans "Lettre à M. d'ALAMBERT sur le goût du vin".
(b) dans "L'Amour du Vin".
(c) dans "Le Vin guérit tous les maux".

car :

" cette acuité de la pensée, cet enthousiasme des sens et de l'esprit, ont dû, en tout temps, apparaître à l'homme comme le premier des biens; c'est pourquoi, ne considérant que la volupté immédiate, il a, sans s'inquiéter de violer les lois de sa constitution, cherché dans la science physique, dans la pharmaceutique dans les plus grossières liqueurs, dans les parfums les plus subtils, sous tous les climats et dans tous les temps, les moyens de fuir, ne fût-ce que pour quelques heures son habitude de fange, et, comme dit l'auteur de "LAZARE" d'emporter le paradis d'un seul coup" (Auguste BARBIER) " .

Déjà avant les "Paradis Artificiels" ses poèmes du Vin célèbrent le rôle social de l'alcool "son chant plein de lumière et de fraternité" (*a*) , son génie poétique qui permet aux vivants de partir "Pour un ciel féérique et divin!" (*b*), et son action presque diabolique dans "Le vin du Solitaire" qui nous rend triomphants et semblables aux Dieux" (*c*) .

Le mythe du vin français, régional et national qui aura sa plus grande gloire populaire à la guerre de 14-18 où être français et patriote était concrétisé par le fait de "boire du pinard", dont le poète H. MARGOT disait "Tu nous a donné la Victoire . . . " mais dont le poète Lyonnais P. DUPONT (1821 -1870) écrivait déjà sous le titre "Le vin orgueil de la Nation" .

" Bon Français, quand je vois mon verre
Plein de son vin couleur de feu ,
Je songe en remerciant Dieu
Qu'ils n'en ont pas dans l'Angleterre"

(a) pages 28-29, cf. (c).
(b) cité page 15, cf. (c).
(c) p. 16 - C. BEAUDELAIRE : "Les Paradis artificiels" - Garnier-Flammarion, Paris 1966.

β -Préjugés

Avant de faire une étude sur l'opinion publique en France il s'agit de regrouper les différents préjugés en France se rapportant à l'alcool ce qui sera une synthèse de beaucoup de choses que nous avons vues . Nous suivrons le plan de M. L. ROY (1957) (135) .

" L'alcool est notre première richesse agricole !
- Les boissons fermentées sont des boissons naturelles, saines et hygiéniques !
- Je bois du vin mais non de l'alcool !
- c'est du vin du pays ; il ne peut pas faire de mal !
- un bon verre de vin n'a jamais fait de mal à personne !
- on devient alcoolique par les apéritifs, l'eau-de-vie, mais non par le vin !
- lui, un alcoolique ? il boit . . . mais il n'est jamais ivre !
- Oh! il boit . . . comme tout le monde
- Mais un tel dirige ses affaires avec succès, tout en buvant journellement ses 2 litres de vin, apéritifs, 2 ou 3 petits verres. . . on peut bien faire comme lui!
- boire est un signe de virilité !
- Il supportera mieux l'alcool et pourra boire davantage quand il sera habitué !
- L'alcool est un aliment !
- Le vin donne des forces, aide à travailler, et le travailleur de force peut boire sans inconvénients . . . !
- L'alcool réchauffe !
- Contre la grippe il faut boire un bon grog " !
- L'alcool conserve . . . !
- Voilà des siècles que l'on boit du vin . . . nos ancêtres grâce à lui étaient vigoureux . . . . !
- Le vin apporte "soleil", esprit, gaîté , réconfort , joie de vivre . . . !
- Qui a bu boira (proverbe)
- C'est impoli de ne pas offrir à boire, de refuser une boisson alcoolisée !
- Lutter contre l'alcoolisme, ça ne nous regarde pas , c'est l'affaire du gouvernement !

. . . . . .

Devant cette multiplicité un peu confuse des idées, J. KERFELEC (1952) résume après une enquête que l'appétence à l'alcool se rattache à trois idées essentielles :

1- L'alcool est lié à la sexualité masculine grâce à la libération d'agressivité

2- Le vin est nécessaire au travailleur car c'est le meilleur aliment-ceci pour l'auteur vient peut-être du fait que des anciens festins il ne reste que le vin qui peu à peu a pris le symbole de la table

3- Le vin améliore la formation du groupe par l'euphorie qu'il provoque .

Si cette opinion publique d'après M. BRESARD (20) peut être dans certaines circonstances superficielle, voire "épidermique" ailleurs elle peut être une "synthèse des connaissances et des expériences sur une réalité précise" mais également elle peut être "une sorte de cristallisation collective de ce qu'il y a de plus inéluctable dans la nature humaine déclenchant une prise de conscience", nous amenant au "mythe de la conscience collective" qui personnifie l'opinion publique en lui donnant une autonomie, une conscience, un sens moral et même lui attribue la "perennité" et la "victoire sur la mort" . Bref, pour DURKHEIM "La société voit plus loin et mieux que les individus . . . ."

Or pour BRESARD "L'opinion publique, telle qu'elle se dégage des conventions du langage et des conformismes à la mode, n'est rien autre que la personnification abusive d'une moyenne" qui peut "peser de tout son poids sur l'évolution des choses humaines . . . aveuglément, comme n'importe quel phénomène collectif, résultante de tensions parfois antagonistes . Ce n'est pas une entité psychique consciente" .

La dégradation du genre humain par l'alcool et les drogues en serait la preuve pour l'auteur .

Ainsi "La vigueur de la pensée est ici desservie par les facilités du langage, par les vieilles traditions mythologiques où l'animisme des temps antiques survit en nous . . . " .

Or en France les 3/4 des gens boivent modérément, aussi la majorité se considérant hors de cause, est indifférente à changer ses habitudes, ce qui est une erreur pour BRESARD , car elle est solidaire surtout familialement, socialement et moralement, en fait du reste de la population qui boit trop .

Aussi l'opinion publique apparaît-elle comme une "majorité massive indemne" d'alcoolisme pathologique, mais "quand elle n'est pas soucieuse du maintien du statuquo", elle est indifférente et par ses coutumes elle favorise la création et la persévérance de la "minorité intoxiquée" .

E
LES THERAPEUTIQUES DE L'APPETENCE

La prévention de l'appétence à l'alcool est le problème fondamental qui se pose aussi bien chez le sujet alcoolique non traité que chez l'alcoolique après une cure de désintoxication .

En effet, si la quasi-totalité des alcooliques n'éprouve pas l'envie de boire de l'alcool les jours suivant une désintoxication biologique, très vite avec les habitudes, les difficultés, l'ennui, souvent même avant d'avoir quitté le service de traitement , leur désir de boire réapparaît . . .

Comment donc, l'alcoolique peut-il devenir ou redevenir normal vis-à-vis de l'alcool, c'est-à-dire capable d'y reconnaître à la fois un plaisir esthétique et communautaire, mais aussi un toxique dont il pourra doser parcimonieusement les ingestions ?

C'est bien la relation pathologique malade - alcool, analysée précédemment, qu'il s'agit d'étudier maintenant par le biais des thérapies qui selon J. CLANCY peuvent se diviser en deux groupes : les unes faisant prendre conscience à l'alcoolique de son vécu pathologique avec l'alcool pour qu'il ait une chance de contrôler son comportement, les autres l'obligeant plus ou moins impérativement à rompre la relation qu'il a avec sa boisson, ce qu'il définit par l'"appétence à l'intempérance" (need for drinking) qu'il s'agit de diminuer, voire de supprimer, et l'"appétence à l'abstinence" (need for abstinence) qu'il s'agit de cultiver (29) .

Nous devons différencier les traitements immédiats visant la réparation des dégâts organiques pour empêcher ou diminuer le syndrome de sevrage, des mesures préventives qui visent à modifier l'appétence .

1°- La désintoxication biologique ou traitement immédiat de l'alcoolisme chronique modifie la dépendance somatique vis-à-vis de l'alcool en réparant les dégâts métaboliques qui découlent de son usage immodéré . Seront utilisés , à cet effet, l'alcool I. V., l'hépatothérapie, la polyvitaminothérapie, les tranquillisants et les neuroleptiques, et pour certains auteurs les extraits cortico-surrénaux et la strychnine ou mieux la d-phényl-amino-2-propane qui annihilerait les effets dépresseurs de l'alcool sur le système nerveux central . Le but de ces médications étant d'arrêter l'assujettion organique marquée cliniquement par le besoin toxicomaniaque du malade vis-à-vis de l'alcool .

2°- Les mesures préventives vont nous retenir beaucoup plus longtemps car ce sont elles seules qui nous intéressent ici car elles visent à modifier l'appétence .

La psychiatrisation des thérapeutiques dans l'évolution chronologique des techniques visant l'appétence à l'alcool .

Nous décrirons, suivant le même plan que le Professeur SIVADON (*a*) , les trois âges dans l'art de traiter et de prévenir les rechutes de l'alcoolique .

(a) cf. Colloque 22-XI-69 à Bruxelles.

L'âge des croisades antialcooliques commence officiellement le 26 Décembre 1871 lorsqu'un certain nombre de membres de l'Académie de Médecine, dont BAILLARGER et LUNIER , décidèrent la création d'une Association contre l'abus des boissons alcoolisées, puis ce furent en 1874 la Croix-Bleue (protestante) de Pierre BARLIER, en 1895 la Société contre l'usage des boissons spiritueuses de SERIEUX , entre autres membres importants, en 1899 la Croix-Blanche (catholique) de Joseph ROUX ; toutes ces fondations étaient animées de la meilleure bonne volonté du monde, mais elles n'avaient que leur courage pour s'opposer à la pression sociale .

Si apparemment le but ne fut pas atteint, les ravages de l'alcool n'ayant guère diminué, nous devons mettre à leur crédit que pour la première fois l'alcoolique avait un espoir de guérir et de soutien et que ces organismes contribuèrent à créer un courant d'opinion sensibilisé aux dangers de l'alcool .

La bonne volonté n'ayant pas suffi, l'école de PAVLOV inaugure le deuxième âge avec les thérapeutiques "punitives" . KANTOROVITCH en U. R. S. S., en 1930 , essaya d'appliquer une cure de déconditionnement à l'alcoolique chronique, à l'aide de stimulus douloureux. Puis, sur le même principe, SLUCHEWSKI et FRIKE utilisèrent l'apomorphine pour obtenir le déconditionnement à la vodka , suivi par MARKOWIKOV dont la méthode fut signalée en France en 1934 par ICHOK . A la même époque DENT publiait ses premiers travaux . Un réel progrès fut le traitement à l'aide du disulfirame trouvé en 1948 par JACOBSEN qui réalise un déconditionnement basé sur les mêmes principes et dont les résultats sont identiques à ceux de l'apomorphine avec une technique moins agressive .

Ces traitements transforment l'appétence à l'alcool, sans la remplacer, et de positive elle devient négative . Les problèmes dont l'appétence est un des symptômes, ne sont pas résolus pour autant et le malade n' a qu'une "alternative : la rechute" (JEUFROY) . Aussi les thérapeutes furent-ils amenés à restructurer psychologiquement leur malade et à l'appuyer sociologiquement afin que les bienfaits de la cure persistent . C'est ainsi que

nous sommes arrivés au troisième âge ; phase actuelle de la thérapeutique de l'appétence qui est essentiellement psycho-socio-thérapique (BONAFE) .

Ainsi le problème de l'alcoolisme au départ d'ordre moral, ensuite neurologique, s'est finalement "psychiatrisé " , malgré de fortes résistances se manifestant encore à l'heure actuelle . Pourtant le problème fondamental est bien d'ordre psychiatrique puisqu'il signe une relation pathologique de l'être avec le monde, au moyen de l'alcool .

Nous étudierons maintenant les diverses voies et possibilités de lutter contre l'appétence à l'alcool .

1°- LES MEDICATIONS CLASSIQUES EMPLOYEES DANS LES CURES PRIMITIVES :

visent à provoquer un état physique désagréable qui sera étroitement associé à l'évocation des boissons alcoolisées : ce sont donc toutes des thérapeutiques se référant de près ou de loin aux travaux de PAVLOV, répondant chez les auteurs qui les ont décrites à une conception de l'appétence prise comme habitude et conditionnement . Le malade buvant par habitude et associant une sensation de plaisir à l'incorporation de l'alcool, la thérapeutique elle, va associer à l'incorporation d'alcool une sensation très désagréable . Ainsi à l'appétence positive sera substituée une appétence négative obligatoire .

Nous envisagerons successivement les cures de déconditionnement, puis les cures d'interdiction . Nous emprunterons largement ce chapitre au Professeur PERRIN et coll. qui l'ont remarquablement traité (Synthèses cliniques n°3) .

a) Les cures de déconditionnement :

- La méthode de Voegtlin à l'émétine est la seule qui soit conforme aux exigences de PAVLOV pour obtenir des réflexes conditionnés . L'émétine provoque les vomissements par action sur l'estomac, sans avoir d'action centrale . Si les bouteilles et les verres contenant la boisson alcoolisée sont mis en relief par un éclairage, tout le reste de la chambre dans laquelle est mis le malade répond à des conditions d'isolement parfait : les murs nus sont peints ainsi que le plafond et le plancher en noir, et la pièce est isolée du bruit .

VOEGLTLIN s'abstient de toute psychothérapie, de toute conversation avec le malade pendant la séance.

Après guérison de l'accès aigu, s'il y a lieu , la technique est la suivante : le malade prend à jeun, le matin, dix à vingt milligrammes de Benzédrine, puis un comprimé de 10 cg d'émétine ; un quart d'heure après lui est injecté 0,33 cm^3 de la solution :

- Ephédrine	0,013	pour 1 cm^3
- Pilocarpine	0,015	
- Chlorhydrate d'émétine	0,03	

et juste avant ses nausées le malade boit sa boisson alcoolisée préférée . A chaque séance les doses du mélange sont augmentées à 0,48, 0,72, 0,90 cm^3 , la dose maximale d'émétine étant de 0,75 g par jour . Une piqûre suffisant à donner des vomissements pendant 4 à 6 heures . Le malade est soumis pendant une semaine, chaque jour à une ou deux séances, puis il doit subir une séance de renforcement par trimestre, ce pendant un an . L'auteur a obtenu d'après PERRIN 70% de guérisons d'un an, 55% de succès après trois ans, et 25% après dix ans .

Les méthodes à l'apomorphine sont essentiellement celles de MERSIER-FELDMANN et de DESRUELLES-FELLION .

Dans la technique de MORSIER-FELDMANN, le malade est isolé dans une chambre après un examen complet . Le sujet à jeun et privé d'eau, doit boire une boisson alcoolique en même temps qu'on lui pratique une injection d'apomorphine qui lui provoque nausées et vomissements . Dès que le malade est remis, on l'incite à boire, puis quatre heures après on lui fait une nouvelle injection d'apomorphine, qui sera renouvelée toutes les deux heures jour et nuit, tant que le sujet continue à boire. Quand il déclare qu'il ne veut plus boire, on lui fait prendre une autre boisson alcoolisée . Lorsqu'il ne veut plus boire, on diminue les doses d'apomorphine en 8 heures et on lui offre un repas et une boisson non alcoolisée qu'il incorpore de bon appétit .

La cure dure une semaine en moyenne .

La technique de DESRUELLES-FELLION est une variante de la précédente qui dure de 48 heures à 7 jours . Les malades sont soignés deux par deux . Ils doivent boire des quantités importantes de boissons alcoolisées, par exemple trois-quarts de litre de vin, puis ils ont une injection de 10 mg d'apomorphine, puis le malade doit boire un à trois verres de vin supplémentaires qui sont à peine bus que le vomissement se produit . Les doses d'alcool ingéré seront réduites si le malade ne vomit pas car l'ivresse pourrait se produire qui en faisant dormir le malade empêcherait le conditionnement .

Dix à douze injections par 24 heures, nuit et jour sans interruption, sont ainsi faites sans excéder la dose totale de 130 mg d'apomorphine par jour .

" Pendant ce temps, le malade ne reçoit aucune nourriture, aucune boisson non alcoolisée, il ne fait pas sa toilette, ne se rase pas, ne change ni de linge, ni de drap . Le vin vomi est laissé sur place, la fenêtre , garnie de verre dépoli, n'est pas ouverte . Le malade ne reçoit aucune visite, sauf celle du médecin; on lui interdit toute activité (. . .) . Bien entendu, il ne sort sous aucun prétexte, un seau hygiénique étant mis à sa disposition pour ses besoins naturels " .

Les résultats sont assez spécifiques à la boisson servie en cure qui est ressentie par tous les sens comme un mauvais objet . A distance , FELDMANN cité par PERRIN retrouve un tiers de succès définitifs . REVILLIOD note que le sujet associe l'idée de l'alcool à des souvenirs affreusement pénibles et que, par contre, les boissons non alcoolisées qu'il peut boire ensuite à volonté sont associées à des souvenirs "paradisiaques" qui marquent la fin de ce véritable supplice . Enfin cet auteur ajoute que la cure doit être commencée par la déculpabilisation de l'alcoolique qui est un malade et non un criminel, ce qui est certainement une manière de déculpabiliser le thérapeute !

b) Les cures d'interdiction :

sont d'un principe simple, le malade absorbe un produit chaque jour qui le rend intolérant à l'alcool, en bloquant son métabolisme, ainsi le sujet ne boira plus de peur d'avoir des malaises physiques .

Parmi les médicaments rendant l'organisme humain intolérant à l'alcool, le plus utilisé est le disulfirame, ou diéthylthiourame-disulfide, dont la propriété étudiée ici fut découverte fortuitement par HALD et Erik JACOBSEN en 1948 qui avaient absorbé cet antihelmentique pour confirmer sa bonne tolérance chez l'homme . Ayant ensuite pris des cocktails au cours d'une réunion amicale, ils furent pris d'un malaise particulièrement pénible . Ils se rappelèrent que certains employés à la fabrication du produit, connus pour leur intempérance, présentaient des malaises .... alors que tous les essais chez des abstinents n'avaient jamais provoqué de troubles psychiques . Les auteurs danois en conclurent que le disulfirame devait agir sur le métabolisme de l'éthanol et qu'il y avait là un moyen simple de protéger les alcoolomanes de leur toxique .

- La réaction produite par l'alcool et le disulfirame sur le corps ou Disulfirame-Ethanol-Réaction (D. E. R.) , comporte des troubles subjectifs et des troubles objectifs arrivant vite après l'ingestion d'alcool .

. Les troubles subjectifs sont faits de chaleur surtout localisée à la face, d'impression d'exophtalmie puis de larmoiement . Ensuite surviennent une céphalée, le plus souvent pulsatile, une gêne respiratoire avec impression de limitation de l'ampliation thoracique, et des fourmillements des régions palmaires et plantaires .

. Les troubles objectifs débutent cinq à dix minutes après l'ingestion d'éthanol par une rougeur de la face, s'étendant au cou et à la partie supérieure du thorax . L'hyperhémie des conjonctives s'accompagne régulièrement de larmoiement .

Une tachycardie survient rapidement (entre la cinquième et la quinzième minute) et atteint assez fréquemment 100, 120 voire 150 pulsations à la minute .

La chute tensionnelle est toujours marquée .

Les tracés électriques subissent lors de la cure des modifications autant au niveau du cœur où l'on enregistre une dénivellation concordante des segments PQ et ST avec une réduction de T, qu'au niveau de l'encéphale où le tracé subit une diminution d'amplitude notamment au moment de la chute tensionnelle .

Parfois des vomissements se produisent et la somnolence est de règle après la fin de la crise .

Le collapsus a été observé par de nombreux auteurs qui relèverait d'après THUILLIER de l'emploi de doses trop élevées, et peut entraîner des accidents neurologiques tels que perte de connaissance, hémiplégie, aphasie, qui guérissent le plus souvent sans séquelles . Le collapsus est le plus souvent prévenu par l'administration systématique de vitamines du groupe B, et traité par l'injection de caféine, voire d'hémi-succinate d'hydrocortisone intra-veineux si nécessaire .

JACOBSEN et ses collaborateurs expliqueraient la D. E. R. par le bloquage du métabolisme de l'éthanol au stade de l'acétaldéhyde, dont le taux sanguin se trouve très augmenté . LECOQ incriminerait plutôt des corps dont il n'a pu déterminer la nature et qui accompagneraient les dérivés pyruviques .

- Les résultats favorables sont pour REQUET de 33%, pour DELFIS et JACQUEMET (Poitiers) de 60 à 65 % cinq ans après (*a*) .

- Dans les complications de la thérapeutique au disulfirame , nous rappellerons que dans un faible nombre de cas on peut observer le syndrome de surdosage de REYSS-BRION , dans lequel le malade se plaint d'asthénie, de somnolence matinale, d'insomnies, voire de cauchemars, avec amaigrissement, céphalées, vertiges, troubles de la mémoire, troubles digestifs, paresthésies, troubles cutanés et parfois de l'impuissance sexuelle, et peut évoluer vers un état de confusion mentale avec onirisme . L'E. E. G. peut montrer un ralentissement du rythme de base . A l'arrêt du disulfirame, ce syndrome régresse . Il faut ajouter que l'adjonction de Vit B_3 et B_4 diminue la fréquence de ce syndrome .

Plus rarement , de l'ordre de 10% des cas,des psychoses disulfiramiques ont été observées parfois d'allure endogène à type de bouffées anxieuses, de syndromes maniaco-dépressifs, de bouffées délirantes polymorphes chez des personnalités psychopathiques préalcooliques , ailleurs d'allure exogène où l'élément confusionnel domine le tableau clinique avec ses troubles oniriques et mnésiques . Il a été noté des troubles neurologiques à type de choréo-athétose, de vertiges, de dysarthrie . . . DUCASSE (*b*) dans sa thèse présente plusieurs théories étiologiques :

(a) DELFIS et JACQUEMET : Ouest Médical n° 20 du 25 octobre 1962, n'observent que 30 % d'abstinents totaux mais 30% en plus ne boivent qu'occasionnellement et raisonnablement, ce qui leur fait donc 60 % de bons résultats.

(b) Thèse Bordeaux, 1963 : "Contribution à l'étude de la post-cure chez les alcooliques" - DUCASSE.

1- soit la possibilité de rechute clandestine de l'alcoolisme ,

2- soit par la "situation d'abstinence" créée par le disulfirame il pourrait y avoir une libération de l'angoisse latente du malade qui sans son "anxiolytique" qu'était son alcool, peut faire une "décompensation psychotique de la névrose alcoolique " ,

3- soit enfin par la toxicité du disulfirame à doses élevées, le syndrome de surdosage de Reyss-Brion le prouvant .

- Les contre-indications classiques à la cure, sont la déchéance physique, les cirrhoses décompensées, les lésions artérielles et l'hypotension, la grossesse et les maladies mentales qu'il convient de soigner d'abord en raison chez certaines du risque de décompensation, lié à la cure et chez d'autres du fait que la conduite alcoolique n'est qu'un symptôme qui ne peut être guéri qu'en s'attaquant à la cause .

- La technique est simple : Il suffit de prescrire au sujet 0,25 à 1g par jour de disulfirame, suivant le poids et la résistance propre, après la fin de la désintoxication biologique et de provoquer quelques jours après une D. E. R. sous surveillance médicale stricte, le patient étant alité et à jeun, à l'aide d'une faible quantité de sa boisson alcoolisée favorite, par exemple un demi-verre de vin . Le nombre de réactions, leur espacement, varient beaucoup suivant les auteurs .

Une variante est la pose d'implant de disulfirame qui a toute chance d'être vécue comme une castration si le thérapeute n'arrive pas à "démystifier" le procédé .

- Le mécanisme d'action du disulfirame a bien été envisagé dans la thèse de VIGNON (1952) en trois points .

Le mécanisme fondamental est la notion d'intolérance organique (D. E. R.) qui est une interdiction simple avec rappel à l'ordre en cas de défaillance, appuyée par le thérapeute ou le mouvement anti-alcoolique .

Les deux autres notions sont secondaires mais non négligeables . Il s'agit d'une part de réflexes conditionnés par la répétition des épreuves où le sujet boit de l'alcool ce qui provoque une D. E. R. et fait acquérir ainsi l'idée que l'"alcool" est synonyme de "malaise" ; et d'autre part de la valeur psychodramatique de la première épreuve où le sujet découvre le vin comme mauvais pour son corps alors qu'il l'assimilait à un bon objet .

Le disulfirame n'empêche donc pas l'envie de boire mais il permet au malade de se créer un surmoi contraignant car en prenant son comprimé il sait qu'il sera obligatoirement malade en buvant . C'est donc la crainte de la D. E. R. qui le rend abstinent et non pas la guérison de son appétence . Il s'aliène de l'alcool chaque matin en prenant son comprimé et chez cette personnalité où l'alcool représentait une puissance sexuelle virile, le fait de ne plus incorporer sa "virilité" est en fait une "castration" volontaire toutefois mieux supportée qu'avec l'implant de disulfirame où la "castration" est involontaire et subie pour longtemps .

Chez l'homme alcoolique qui ne trouvait sa virilité que grâce à l'alcool, la thérapeutique d'interdiction absolue le "castre" par rapport à son groupe social et par rapport à la référence phallique qu'il attribue à l'éthanol, aussi plus tout à fait viril et pas tout à fait passif, cette personnalité est jetée au cœur de l'ambivalence d'où elle voulait s'extraire grâce à l'alcool . Du reste plusieurs cas de tentatives de suicides de malades sous disulfirame montrent que cette thérapeutique n'est donc pas toujours bien acceptée par le vécu du malade .

D'autres drogues à effet antabuse ont été essayées avec moins de succès que le disulfirame :

1°- Le charbon animal : le malade prend 9g de charbon (noir animal non purifié) en trois prises journalières . Au bout d'une semaine, si le malade absorbe du vin, il se produit une réaction antabuse . Mais d'après PERRIN, le charbon animal aurait une action éventuellement cancérigène . . . !

2°- Le Cyanamide calcique (carbimide calcique) est un engrais employé depuis des décades en Bretagne notamment, et essayé par HIROSKI MUKASA avec 76% de bons résultats avec le saké japonais (a) .

3°- Les Sulfamides hypoglycémiants comme le Trichloréthylène provoqueraient peut-être un effet antabuse lors de l'absorption d'alcool, surtout avec le Chlorpropamide et moins avec le glybrethiazol . La réaction vasomotrice produite, elle, est certaine .

4°- Le coprin noir : les propriétés antabuses de ce champignon au goût agréable sont connues depuis la haute antiquité ; c'est l'insignis d'Amérique du Sud et l'éréthiste du Cameroun . On peut isoler de ce végétal une substance identifiable à l'antabuse .

5°- Enfin ont été décrits comme donnant des réactions antabuses :

- Le N. Butyzaldoxine (butanal oxine), la Réserpine (b) et la 5 Hydroxytryptamine libérée de la tumeur du carcinoïde du grêle .

(a) The Kurume Medical Journal, 11, n° 2, 1964, p. 96-101.
(b) Cf. Rev. Alcool. 1959, 5, page 249.

Mais l'appétence de l'alcoolique soignée par ces médications classiques n'est pas guérie puisque les "anciens buveurs" des mouvements anti-alcooliques eux-mêmes, le disent : parfois nous avons "envie de boire" et si nous sommes "incapables de boire qu ' un peu" c'est que nous ne sommes pas guéris sans quoi "nous pourrions boire normalement" (a) . Aussi préfèrent-ils s'aliéner de l'alcool que d'être aliénés par lui .

2° - LES METHODES D'AVERSION GUSTATIVES :

ne sont pas très connues car elles n'ont pas jusqu'alors donné de très bons résultats .

Nous citerons deux méthodes :

a) Le Toxifren ou Cheveux de Vénus encore appelé "acido flavaspidico" . C'est en Italie que SANTINI cherchait à préciser les propriétés anticoagulantes de la plante (adiatum capillus veneris) et de l'extrait lorsque ses malades signalèrent un dégoût aux boissons alcoolisées, au tabac et au café . La drogue n'agissant qu'avec des quantités d'alcool, tabac, café, importantes alors qu'à faible dose de ces produits il n'y avait rien de restrictif . Le goût serait changé dans 80% des cas avec amertume de la salive . Les auteurs le recommandent à 10 mg d'acido-flavospidico par jour, per os ou par voie rectale . Cependant les résultats excellents au début s'amenuisent au fur et à mesure des jours écoulés et au bout de 6 mois le sujet reprend le plus souvent, progressivement , ses habitudes . . . .

(a) Cf. Tonus n° 353, 2 déc. 1968 - Enquête sur l'Alcoolisme.

b) Le Rhodonate de Potassium (a) provoquerait une apparition de dégoût gustatif aux boissons alcoolisées et une diminution de la sensation de soif . Madame HAUMONTE le prescrit en cure de 60 à 100 cg par jour et ne retrouve le dégoût gustatif qu'en milieu hospitalier mais dans la moitié des cas constate une nette diminution de la consommation d'alcool . Il est noté également que ce produit est mieux accepté chez des gens non volontaires à la cure que le Disulfirame et que sa prise ne s'accompagne pas d'anxiété car le médicament permet de boire sans être malade . Enfin le malade coopère facilement et ne rencontre aucune résistance de la part des infirmiers qui le considèrent comme un bon médicament d'hospice . Par contre, à l'Hôpital Psychiatrique, les résultats sont un peu différents d'après l'auteur, car le malade attend , ainsi que son entourage, les effets spectaculaires de la cure à l'Antabuse que tout le monde espère .

Madame HAUMONTE donne l'exemple d'un de ses malades qui ne ressentait pas un mauvais goût ni un dégoût pour l'alcool, mais "un manque de goût" .

En conclusion "bien que séduisant à divers points de vue dans le traitement de l'éthylisme", le Rhodonate "a une toxicité non négligeable" , aussi l'usage en est-il restreint .

Les échecs rencontrés avec ces deux produits ne doivent pas nous faire rejeter cette méthode d'ouverture psychothérapique par le biais d'une distorsion gustative aux boissons alcoolisées car il n'est que de nous référer à des auteurs comme ISRAEL pour saisir l'importance des sens et en particulier du goût dans la relation .

(a) HAUMONTE et WURTZ : "Le Rhodonate de potassium dans le traitement de l'alcoolomanie - Essai et critique". Rev. Alc. 1967, 13, 59-66.

3°- LES MOYENS THERAPEUTIQUES PSYCHO-SOCIO-PSYCHIATRIQUES .

Ils se posent à deux niveaux : celui de l'individu pour lequel sera nécessaire la prise en charge psycho-socio-psychiatrique, et celui de la société environnant l'individu suivant la phrase de PERRIN :

" Il faut surtout s'occuper des éléments psychiques et sociaux " (a) .

a) Prise en charge psycho-socio-psychiatrique individuelle .

Une prise en charge du malade dans le cadre du secteur est absolument nécessaire à condition que l'institution ait un pouvoir d'adaptation et de compréhension très large, à l'égard de chaque cas afin que sans défaillance et en gardant un contact très proche, le malade ne soit pas retiré de la vie, mais reaiguillé et remis en circuit .

L'idéal serait de rendre l'individu neutre à l'égard de l'alcool, sans appétence pathologique, sans crainte mythique, avec restauration d'une tolérance normale à l'alcool . Or justement les médicaments classiques ont pour but de rendre le malade plus intolérant qu'avant ce qui est loin d'une guérison . . . . ! Aussi le sujet vit rarement son abstinence forcée avec équilibre, il est impuissant et fragile vis-à-vis de son toxique, ce qui constitue pour lui et sa famille, voire son environnement social et professionnel, une menace lourde de conséquences : ce qui ne résout en rien son angoisse profonde . Aussi faut-il sécuriser et aider ce malade par l'institution psychiatrique et par les personnes ayant connu les mêmes

(a) P. PERRIN - Synthèses Clinique n° 17, p. 28.

problèmes . Un facteur important d'appétence étant l'anxiété, les auteurs sont d'accord pour se servir des moyens utiles à calmer l'angoisse du malade, à remonter sa thymie et à augmenter son "self-contrôle" . La psychothérapie de soutien, et dans certains cas analytique, individuelle ou de groupe, est primordiale . Si parfois la psychothérapie explicative élémentaire peut suffire, le plus souvent la nocivité de l'alcool ne peut être admise par le malade que lentement et par de longues discussions avec une "prise de conscience et examen critique du passé" (FOUQUET et OLANDE) (*a*) car c'est une thérapeutique de renforcement du Moi (REYSS-BRION) qui permet au malade de comprendre que son absorption d'alcool n'est qu'une manière de se cacher ses tensions émotionnelles . Aussi le but de la psychothérapie n'est pas de prouver au malade qu'il est incapable de supporter autant d'alcool qu'avant, voire plus du tout, mais bien plutôt de permettre au sujet de devenir neutre vis-à-vis de l'alcool, c'est-à-dire une personne adulte qui n'a plus besoin d'alcool pour résoudre ses problèmes, pour intégrer ses pulsions agressives ou libidinales, pour calmer son anxiété ... En un mot, c'est l'immaturité de l'alcoolique qu'il s'agit de soigner . Diverses techniques sont utiles et parmi elles le Training-Autogène est une rencontre psychothérapique et psychosomatique qui permet "d'induire par un exercice physiologique déterminé un état de déconnexion organistique dit état autogène, à travers lequel il est possible de réaliser une psychothérapie spécifique" (DURAND de BOUSINGEN) ; il s'agit d'une psychothérapie structurante qui par une formulation terminale du style "alcool inutile" peut permettre un prolongement psychothérapique important .

Enfin , le contact avec des personnes connaissant les mêmes problèmes dans les mouvements d'anciens buveurs tels "Vie Libre", "Croix Bleue", "Croix d'Or", "Les Alcooliques Anonymes", ... est utile à la réinsertion et à la sécurisation du sujet qui peut s'insérer dans un groupe social .

(a) Cf. Manuel de Psychiatrie (49), p. 792-793.

b) Lutte sur le plan social pour diminuer les tentations à l'appétence . (*a*)

L'appétence alcoolique pose dans beaucoup de pays , et particulièrement en France , des problèmes complexes qui ne sont pas résolus par les pressions économiques visant à écouler les excès des productions d'alcool .

α - Les mesures d'ordre social doivent lutter dans nos civilisations latines contre le fait, que l'alcoolique est celui qui "fait comme tout le monde" (CARRERE et BARON (*b*), aussi ne faut-il pas attendre que la société qui a contribué à la "création" de cet alcoolique le guérisse d'elle-même . Il faut lutter contre les préjugés, les habitudes et le "savoir-boire" traditionnel français par l'éducation des masses au moyen d'une propagande anti-alcoolique, le développement des boissons non alcoolisées, du sport "école de volonté", et enfin par l'amélioration du niveau de vie tout en sachant l'importance croissante de l'appétence de salon . Tels sont les buts de la campagne "Santé-Sobriété" faite par le Haut-Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme qui a été institué par décret du 13 Novembre 1954 . Nous citerons aussi l'action du Comité National de Défense contre l'Alcoolisme créé en 1872 et toutes les Ligues Anti-alcooliques .

β - Les mesures d'ordre économique sont difficiles à résoudre car le secteur économique de l'alcool en France est très important : de l'ordre de quatre millions de personnes à la production, au transport et à la distribution (PERRIN) . Toutes les mesures à prendre tournent toujours comme dans tous les pays, autour de la limitation des débits, la diminution du nombre des bouilleurs de cru, le freinage de la production par reconversion de certains vignobles et vergers et la promotion des boissons sans alcool .

(a) Cf. le chapitre fondamental sur la législation de l'alcoolisme chez HENNE, p. 69-86 (67).

(b) J. CARRERE et J.C. BARON : "Vers une thérapie dunamique au long cours de l'alcoolisme chronique". Ann. Méd. Psych. 1968, 1-2, 258-262.

La loi n° 60-773 du 30-VII-1960 autorise le Gouvernement à prendre par ordonnance et par application de l'article 38 toutes mesures pour règlementer les bouilleurs de cru (ordonnance du 30-VII-1960), l'assainissement du marché des fruits (ordonnance du 29 Nov. 1960) .

D'autre part, la restriction des boissons alcooliques a été modifiée par le "Code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme" de l'ordonnance n° 59-107 du 7 Janvier 1959 .

γ - Les mesures anti-alcooliques d'ordre sanitaire ont été prescrites par la Loi du 15 Avril 1954 prévoyant :

. "Le traitement des buveurs non atteints de troubles mentaux et ne pouvant de ce fait être internés mais ayant cependant des troubles graves du comportement, dangereux pour eux-mêmes et pour autrui . Ce traitement des alcooliques dangereux est prévu dans des centres ou des sections de rééducation spécialisés" . (H. EY) .

" Un décret du 28 Juillet 1955 précise les conditions dans lesquelles les alcooliques dangereux qui refusent de se soumettre volontairement à une cure de désintoxication peuvent être traduits, par le Directeur Départemental de la Santé devant les Commissions Médicales en vue de leur placement obligatoire dans un établissement approprié de cure" .

" Enfin , le décret du 20 Mai 1955 a prévu la mise en place et le fonctionnement de consultations anti-alcooliques dans le cadre des dispensaires d'Hygiène Mentale auxquels peut s'adresser de son plein gré le malade qui désire se soigner . Ces organismes doivent également assurer la surveillance et le contrôle des malades alcooliques ayant subi volontairement ou non une cure de désintoxication " .

. La répression se fait sur deux plans :

Tout d'abord l'ivresse publique, manifeste, est un délit relevant des Tribunaux Correctionnels .

Puis les dispositions relatives aux crimes, délits et accidents de la circulation, par la Loi du 18 Mai 1965, prévoient le dépistage de l'imprégnation du sujet par l'air expiré, puis par prise de sang si le sujet accepte, ce qui permet au Tribunal d'estimer q'il existait un état "alcoolique même en l'absence d'ivresse" (a) .

Depuis, l'usage de l'alcool-test est obligatoire.

A l'étranger, divers systèmes ont été essayés avec des succès divers .

L'expérience la plus importante est celle des Etats-Unis de 1919 à 1933 qui fut "sabotée" par une campagne de pression sur l'opinion publique menée par les intérêts financiers liés à l'alcool qui promettait notamment à l'homme de la rue une baisse des impôts compensée par la taxe sur les alcools . Le résultat fut un amendement abrogeant la prohibition obligatoire mais laissant le droit à chaque municipalité de la conserver . C'est donc un échec, mais avec 37% de diminution de la consommation d'alcool certains ont affirmé le succès car c'est la seule méthode ayant dépassé le tiers de baisse dans la consommation alcoolique d'un pays .

D'autres méthodes ont été employées comme la règlementation restrictive suédoise, le relèvement des prix des boissons alcoolisées au Danemark, le monopole d'Etat en Russie et les essais carlistes de nationalisation partielle par le gouvernement anglais, elles sont toutes controversées malgré quelques succès locaux .

Nous pouvons noter l'expérience suisse car elle vise à l'utilisation des fruits autrement que par distillation, et 5% des bénéfices qu'elle retire sont reversés à la lutte anti-alcoolique .

(a) HENNE, p. 85.

Les moyens d'influence sur la volonté d'abstinence visent à renforcer la personnalité de l'alcoolique en démystifiant l'alcool, en gonflant le Moi, en réprimant les conduites délictueuses, et à tenter de résoudre les problèmes économiques pour désamorcer la publicité pro-alcoolique qui fait une forte pression sur l'inconscient collectif .

F
CONCLUSION

Le problème fondamental de l'appétence concerne la relation entre l'individu et l'alcool dans le sens où l'entend FORTAN quand il dit que :

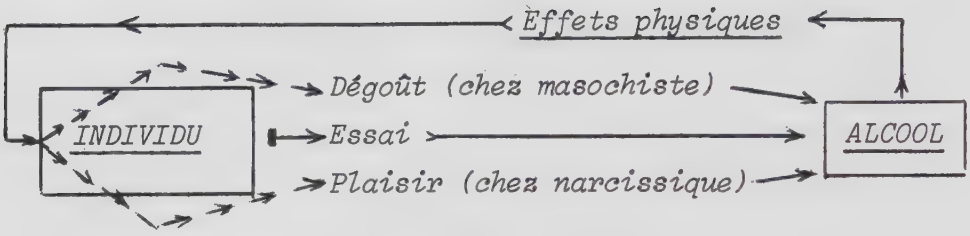
" la relation homme-alcool est pathologique si l'abstinence ou la sobriété sont impossibles et si l'alcool appelle l'alcool" .

Il semble nécessaire pour comprendre l'appétence dans son entier de synthétiser ce qu'il ressort de notre étude sur la relation alcool-individu .

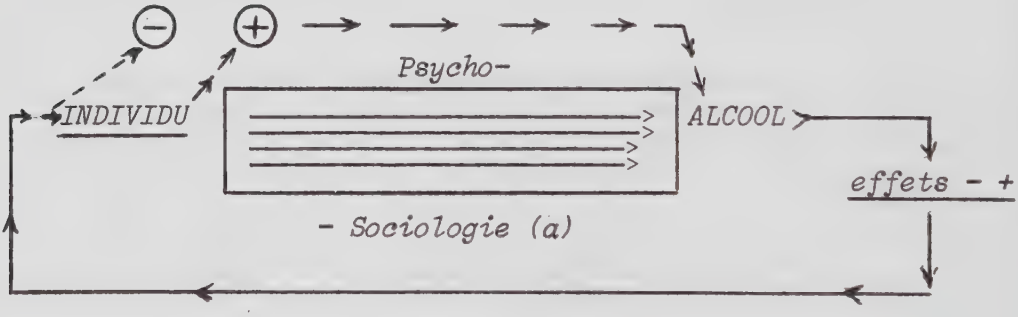
1°- NATURE DE LA RELATION UNISSANT L'INDIVIDU A L'ALCOOL :

L'individu peut avoir fait connaissance par hasard avec l'alcool non chargé de signification par la société, (a) l'excitation produite peut lui être un "plaisir" ou un "déplaisir" : l'alcool se chargeant d'un sens positif ou négatif sur le plan affectif . La relation créée peut se poursuivre chez un individu masochiste en recherchant l'affectivité négative, et chez un individu narcissique par la quête d'une affectivité positive .

(a) *Cf. Chapitre des "Facteurs collectifs et sociologiques de l'appétence".*



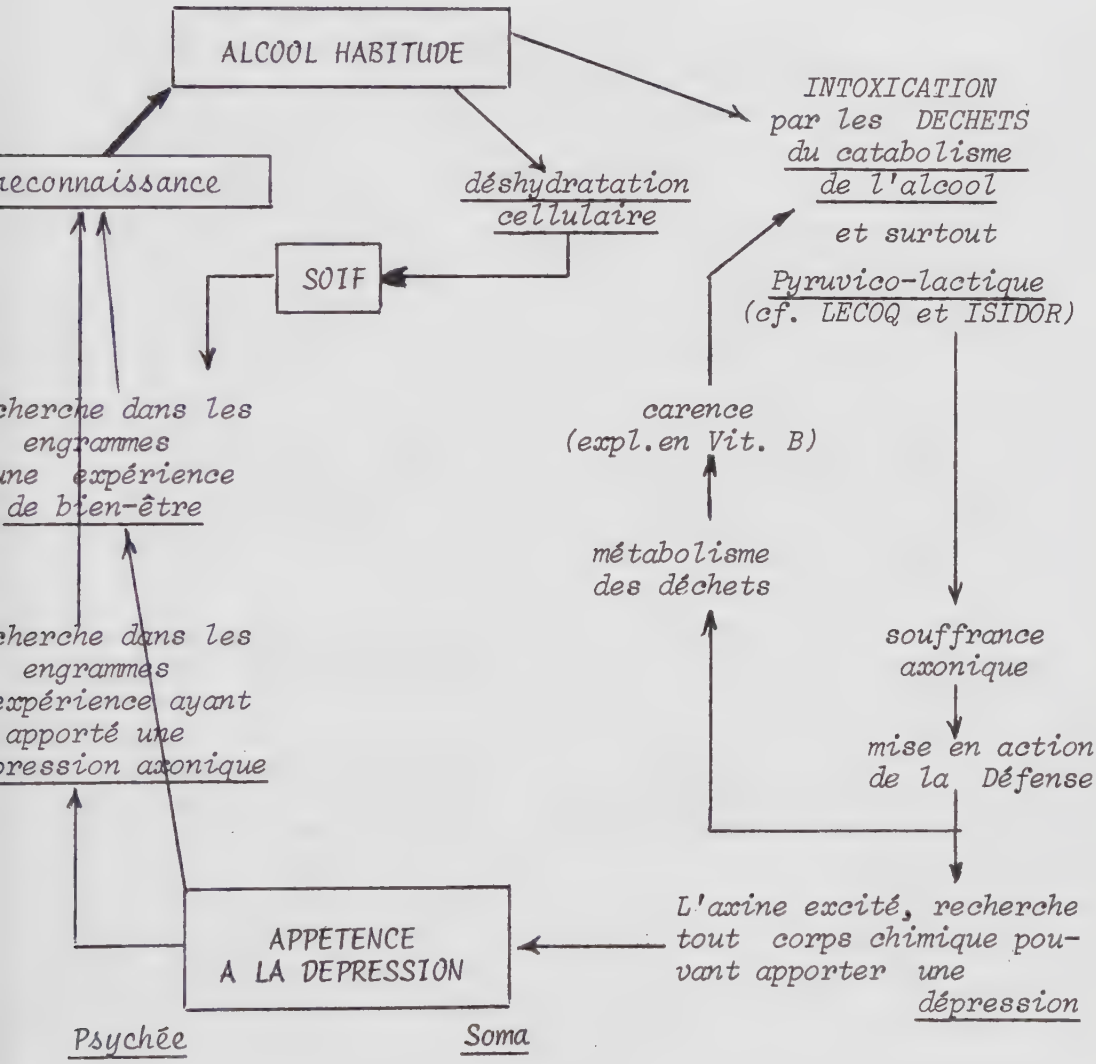
Mais le plus souvent, l'individu sera amené à prendre contact avec l'alcool , auréolé d'un prestige incomparable, par le groupe, la société . Ainsi, même certains effets physiques négatifs pourront être intégrés par l'individu comme gratifiants ... et la boisson alcoolisée pourra devenir chez cet individu un concept de plaisir .



(a) Canal psychosociologique qui amène le sujet à goûter l'alcool chargé de valeurs ambivalentes mais dont la part gratifiante est prévalente.

2°- NOUS POUVONS SCHEMATISER L'APPETENCE A L'ALCOOL

en s'inspirant de la théorie "Axonique" de LECOQ, théorie des "instincts" de FREUD et de la théorie de déshydratation cellulaire (GARRIGUES).



3°- Nous trouvons du simple désir avec abstinence jusqu'à la dépendance la plus totale , tous les degrés d'appétence dans un cycle véritablement toxicomaniaque .

Nous appréhendons alors l'appétence à l'alcool comme un désir de boire de l'alcool, hédonique, ardent, morbide et contraignant, se développant grâce aux effets neurotropes de l'alcool dans l'ambivalence conflictuelle de sujet immature et dans l'inconscient collectif conditionnant ; d'autre part, l'appétence est caractérisée par la fuite du déplaisir afin de dissiper l'angoisse de la mort ou plus généralement "l'angoisse d'inanition" (a) et par la recherche passionnelle de satisfactions alitionelles tendant à éteindre ou à remplacer toute vélléité libidinale; enfin , l'appétence tend progressivement à assujettir le sujet à l'alcool dans le cycle irréversible d'une véritable toxicomanie, si une action propre à la volonté du sujet ou propre à la thérapeutique classiquement n'interrompt pas à temps l'intoxication, ou mieux, ne permet pas au sujet de se dispenser de l'alcool pour assumer lui-même ses conflits .

Enfin, grâce à l'étude destechniques de traitement de l'alcoolisme chronique, il ressort deux axes de réflexions :

Tout d'abord, il apparaît à la lecture des auteurs qu'une prise en charge psychosociopsychiatrique du malade soit obligatoire quelle que soit la technique chimique employée .

(a) MUTRUX (109).

D'autre part, il semble que si les techniques à visée gustative n'ont pas été utilisées d'une façon symptômatique car aucune thérapeutique ne semblait applicable, néanmoins sur le plan théorique, par leurs caractères moins dangereux , moins offensifs pour le malade, et devant les accidents et les contre-indications du traitement au Disulfirame et à l'Apomorphine, il nous semble y avoir matière à recherches dans le sens gustatif , ce que nous envisagerons dans une seconde partie .

D E U X I E M E P A R T I E

ETUDE DES MODIFICATIONS DE L'APPETENCE présentées par 135 patients traités par le METRONIDAZOLE

A
INTRODUCTION

Le traitement de l'alcoolisme chronique n'est pas seulement la réparation corporelle des dégâts qu' a produit le toxique, mais bien le traitement de l'appétence laquelle peut être comprise comme le désir de "l'homme fatigué physiquement et moralement . . ." et qui " a besoin de trouver dans un breuvage un soulagement temporaire et une stimulation" (Pr de LEOBARDY). Alors, le traitement prend une autre dimension dans laquelle l'attitude psychologique ne doit pas être coupée de la prescription chimiothérapique, mais, au contraire, faire un tout pour lutter le plus efficacement possible contre l'appétence .

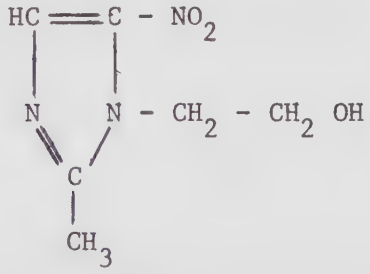
C'est dans cette optique que nous allons relater l'expérimentation que Monsieur le Docteur LEGER nous a proposé de coordonner depuis dix-huit mois et que nous poursuivons, qui a porté sur 135 malades que nous avons suivis au fur et à mesure de l'expérimentation sur le Métronidazole .

B

REVUE DE LA LITTERATURE SUR METRONIDAZOLE ET ALCOOLISME CHRONIQUE

1°- GENERALITES sur le Métronidazole .

Le 8 823 R.P (Flagyl) répondant à la formule (hydroxy-2' éthyl) -1 méthyl-2 nitro-5 imidazole, a la formule développée suivante :



Il se présente sous l'aspect d'une poudre cristalline blanche à faibles reflets jaunes, pratiquement inodore . Le point de fusion est vers 158° - 160° C. Le poids moléculaire est de 171,15 . Il est soluble dans l'eau.

C'est JACOB, GRISAN et REGNIER qui dans les laboratoires de recherches Rhône-Poulenc en firent la synthèse . Puis COSAR et JULON dès 1959 (*a*) le sélectionnèrent pour son pouvoir inhibiteur vis-a-vis du développement du Trichomonas Vaginalis et P. DUREL et ses collaborateurs en firent l'étude clinique (1959) . Ensuite MANDOUL, DARGELES et MILLAN en 1961, après les travaux cliniques de la même année de J. SCHNEIDER, vérifièrent expérimentalement l'activité de ce produit sur des protozoaires parasites intestinaux appartenant au genre Giarda (Liamblia) . A la même époque, divers auteurs montraient que l'action parasiticide du Métronidazole se manifestait également vis-à-vis de l'amibiase expérimentale . Mais la preuve clinique du pouvoir amoebicide du produit n'en fut apportée qu'en 1966 par S. J. POWEL et Cie, tant dans la dysenterie amibienne que dans l'amibiase hépatique (*b*) .

Mais deux découvertes fortuites donnent une indication plus large à ce produit ; c'est d'abord celle de J. A. TAYLOR (140) endocrinologiste de Los Angelès qui, en 1964 se rend compte que le Métronidazole diminue le besoin de boire, ce qui nous intéresse dans notre étude, et celle de SANCHO-MINANO-PADILLA J. (136) qui en 1968, trouve une action anti-ulcus ce qui n'est pas sans intérêt chez les alcooliques anciens qui souffrent souvent de troubles gastro-duodénaux .

TOXICITE EXPERIMENTALE :

a) La dose léthale 50% chez la souris par voie buccale est de 4, 35 g par kg, ce qui montre une toxicité aiguë faible .

(a) COSAR Ch. et JULON L. : Activité du 8823 R.P., vis à vis des infections expérimentales à Trichomonas vaginalis. Ann. Inst. Pasteur, 1959, 96, 238-241.

(b) POWEL et al. - The Lancet, 1966, 2, 1329-1331.

b) La toxicité chronique est également faible .

Des chiens ont été répartis en trois lots recevant respectivement pendant 4 semaines une dose quotidienne de 25 mg, 50 mg et 100 mg par kg administrée per os . Des rats ont reçu les uns 25 mg/kg, les autres 50 mg par kg quotidiennement, per os, pendant un mois .

Les examens pratiqués avant, pendant, après administration du produit, tant biochimiques (hépatiques, rénaux , constantes sanguines), hématologiques et histologiques (hépatiques et rénales) ne relevèrent aucune perturbation fonctionnelle et aucune altération tissulaire . La seule lésion organique observée chez le rat est un arrêt réversible de la spermatogénèse au stade primaire gamétocytique (GANTER 1960) (*a*) .

TOLERANCE EXPERIMENTALE :

Il semble après expérimentation que le produit n'ait aucune action ni sur la gestation, ni sur l'embryogénèse de la rate, ni sur la fécondité du rat .

D'autre part, des examens pratiqués chez le chien ne montrent pas de modification sensible sur la respiration, le système neuro-végétatif et l'appareil cardio-vasculaire .

TOLERANCE HUMAINE :

Dans la littérature, aux doses employées dans la lutte contre le Trichomonas, la tolérance est bonne . Il est nécessaire de rappeler les doses moyennes en cas d'urétrite ou de vaginite à Trichomonas Vaginalis qui sont chez l'adulte de 500 mg par jour pendant 10 jours, soit une dose totale de 5 grammes qui peut être doublée si besoin .

(a) Cité par TAYLOR Jo. A.T. (140).

En cas de Lambliase, le traitement est moindre puisqu'il s'agit de prendre 500 mg par jour pendant 5 jours seulement . Dans ces conditions, la tolérance est très bonne . Il a été signalé tout au plus, des pesanteurs gastriques, des nausées, voire des vomissements .SCOTT-GRAY (a) note que deux de ses malades se plaignaient d'avoir "mauvaise bouche" et six présentaient une langue saburrale .

D'autre part, plusieurs auteurs dont Leslie WATT et R. F. JENNISON ont trouvé 2 % d'amertume buccale et 4% d'anorexie .

Bien qu'il s'agisse d'un dérivé nitré, aucune modification sur la formule sanguine n'a été observée . Chez la femme enceinte ces doses n'ont eu aucun inconvénient quel que soit le temps de la grossesse (SCOTT - GRAY l'a expérimenté chez 300 femmes enceintes à la dose de 600 mg/jour) .

Bien que la posologie requise pour le traitement de l'amibiase soit nettement plus élevée puisque le traitement moyen se situe à des doses de 2 g/jour pendant 10 jours soit 20 à 25 g en dose totale, la tolérance à l'égard de ce médicament est dans l'ensemble satisfaisante . Il faut mentionner des nausées, quelques vomissements, quelques cas de vertiges, et une intolérance aux boissons alcoolisées à type pour certains auteurs, "d'effet antabuse" .

RICOSSE, ALBERT, LAMONTELLERIE et CHARMOT (133) notent que ces incidents arrivent en tout à 13% de leurs malades .

Enfin, NAVARRETE CADENA E. et BIAGI F. F. (112) relatent qu'il est signalé dans la littérature, des tentatives de suicide chez trois personnes ayant ingéré jusqu'à 12 g de Métronidazole pour l'une d'elles, sans apparition de phénomènes sérieux .

(a) *SCOTT GRAY M. : Discussion sur le Flagyl à la suite de la communication de DUREL. British J. Venereal Diseases 1960, 36, 158-159.*

En conclusion, le Métronidazole se présente comme un produit intéressant à plusieurs points de vue et de tolérance relativement bonne, ce qui nous permettra dans notre expérimentation clinique de l'employer à doses totales très élevées .

2° - METRONIDAZOLE ET DESAPPETENCE A L'ALCOOL .

a) Constatations cliniques

J. A. TAYLOR endocrinologiste à Los Angelès en soignant systématiquement les maris de ses clientes atteintes de trichomoniases, au Flagyl, est un jour félicitée par une patiente pour le succès spectaculaire de la thérapeutique chez son conjoint . . . car ce dernier ne buvait plus d'alcool !. . . TAYLOR demande alors systématiquement le comportement des époux soumis au M. face à l'alcool . . . . et en 1964 son hypothèse de "répulsion pour l'alcool" apparue grâce au M. devient théorie, qu'elle publie .

TAYLOR insiste sur le fait que le médicament améliore l'état d'hypercatabolisme du délirium trémens et que le traitement prolongé diminue le "besoin obsédant" de boire de l'alcool en même temps qu'une "aversion physique et organique s'installe" vis-à-vis de l'alcool . Elle considère que suivant la quantité d'alcool ingéré la réponse au M. se succède de la manière suivante : "réactions de type antabuse lors d'excès d'alcool ; réponse physique favorable dans la phase initiale d'abstinence ; diminution du besoin morbide d'alcool; diminution de la tolérance à une quantité donnée d'alcool ; modifications des effets de l'alcool sur le psychisme et le système nerveux Central ; amélioration physique objective pendant le traitement d'entretien, aversion progressive pour l'alcool " . Enfin TAYLOR remarque que les seuls malades qui ont eu des réactions secondaires importantes étaient des malades atteints

d'hépatite grave, d'hypothyroïdisme non compensé et de dysfonctionnement adrénergique . D'autres auteurs intéressés par les résultats de TAYLOR retrouvèrent que les alcooliques traités au M. voyaient leur tolérance à l'alcool diminuer parallèlement à l'installation d'un sentiment de mieux -être et que la tolérance était bonne, or une sensation d'amertume de la bouche et des flatulences... Ainsi à Buenos Aires, RONALDO UCHA UDABE en 1968 obtient des succès voisins de 80% (146) .

Jusqu'en 1968, tous les auteurs insistaient sur l'intolérance ressentie par le sujet à l'alcool, l'utilisant donc comme un produit à effet antabuse . C'est alors que le Docteur LEGER (Limoges) l'utilisant à son tour ne trouvait pas d'effet antabuse net . Il était prêt à l'abandonner losqu'il se rend compte que les sujets buvaient moins, voire plus du tout car ils trouvaient mauvais goût au vin . Il constatait donc dans une communication préliminaire au congrès de Clermont-Ferrand de Fin 1968 que "les effets produits sur le malade sont en partie différents de ceux que l'on observe habituellement lors des cures de dégoût à l'antabuse" car "c'est l'appétence au vin qui se trouve modifiée" . Ainsi l'originalité du M. pour le Docteur LEGER dans le traitement de la maladie alcoolique serait de rompre la "dépendance de l'éthylique vis-à-vis de sa "boisson" privilégiée, rendant ainsi plus facile l'action psychothérapique" sans couper le sujet d'"une société valorisant le vin ou ses dérivés".

Plus récemment en Belgique, BOON, de BUCK, TITECA et PELC (18) en 1969 notent une diminution évidente de l'appétence à l'alcool (76, 7 % de leurs malades sont dégoûtés ou indifférents), une distorsion nette de la perception gustative (chez "33, 3% la boisson a mauvais goût, dans 26, 7 % moins bon goût, et dans 13, 3 % aucun goût"), une diminution de la tolérance habituelle , et un effet antabuse modéré . Ce qui pour ces derniers auteurs permettrait donc "un contrôle des quantités ingérées sans nécessité d'une abstinence totale" (page 18) .

Devant cette multiplicité de propriétés anti-alcooliques (amélioration du D. T., altération périphérique et centrale aux réponses à l'alcool, diminution de l'envie de boire, et un effet antabuse lorsque le M. et l'éthanol sont absorbés en même temps), des auteurs, comme le souligne WEISSMAN (153) (page 251), trouvent cette pléïade embarrassante pour un produit qui fut largement utilisé, bien avant que TAYLOR le découvre comme agissant sur la conduite alcoolique. De fait de nombreux auteurs n'ont pas retrouvé des résultats aussi favorables, parmi ceux-ci en 1967 D. W. GOODWIN (62) trouve que deux seulement sur 12 sujets sont restés tempérents, et même il parle d'effet "rebond" chez la moitié des échecs, qui boivent plus après qu'avant le traitement.

Enfin certains auteurs comme PENICK (*a*) adoptent un avis peu favorable en disant "if metronidazole has a place in the management of alcoholism it is a relatively minor one" ce qui pourrait confirmer l'avis de ELUOSO (47) et de BONFIFLIO et DONADIO (17) pour lesquels le M. n'est pas le traitement "miracle" de l'alcoolisme, mais il se montre intéressant, employé en association avec une thérapeutique intensive dans le déconditionnement et la réinsertion sociale du sujet alcoolique.

b) Constatations expérimentales de la conduite alcoolique chez l'animal traité par le Métronidazole.

J. A. TAYLOR, B. CAMPBELL et W. L. HASLETT (23) ont provoqué chez le rat une assuétude à l'alcool. Puis ils leur ont administré par voie intrapéritonéale 125 mg/kg de M. quotidiennement. Au, bout de 3 à 5 jours ils ont observé une diminution de la consommation d'alcool.

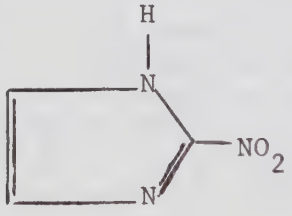
(a) PENICK, CARRIER et SCHELDON : Am. J. Psychiat. 1969, 125, 99, cité par WEISSMAN (153), page 251.

A l'arrêt des injections de Métronidazole, les rats ont repris leur consommation antérieure d'alcool et même avec une tendance à l'augmenter .

c) Constatations chimiques : métabolisme du Métronidazole .

α - Origine du Métronidazole

A partir d'une culture d'une souche de streptomyces à laquelle DESPOIS et coll. ont donné le n° 6670, a été extrait un mélange d'antibiotiques actifs sur certains protozoaires dont les trichomonas . Ils en ont isolé un produit actif que COSAR et coll. ont identifié au nitro - imidazole, de formule :

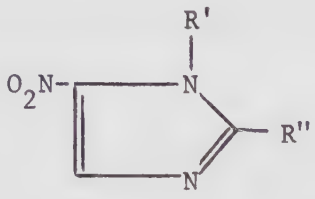


déjà décrit par des auteurs japonais sous le nom d'azomycine dont la synthèse a été faite par BEAMAN et coll. (*a*).

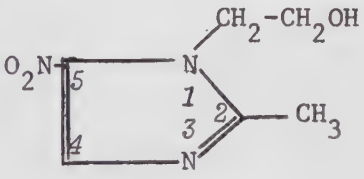
Par nitration de l'imidazole l'accès à son isomère le nitro-5 imidazole est aisé . Or COSAR s'aperçoit que pour une activité trichomonacide voisine de l'azomycine la toxicité de l'isomère nitré en position 5 est dix fois plus faible .

(a) BEAMAN et all. - J. Am. Cherm. Soc., 1965, 87, 389.

Puis COSAR et coll., introduisant sur l'azote substituale et sur le carbone 2 du nitro-5-imidazole, des groupements alcoyles, aralcoyles, hydroxyalcoyles ou chloralcoyles, obtiennent toute une série de produits répondant à la formule générale :



et parmi ces produits le métronidazole dont R' est CH_2-CH_2OH et R'' est CH_3 , de formule brute $C_6H_9N_3O_3$, répertorié sous le n°47 répondant à la formule développée:



ou (hydroxy-2-éthyl)-1 méthyl-2-nitro-5-imidazole .

β- Constatations biochimiques in vitro :

Le Métronidazole inhibe (60) in vitro plusieurs enzymes dont l'alcool déshydrogénase du foie de cheval, la xanthine oxydase de foie de rat, et l'uricase de foie de porc . De même il inhibe in vitro d'une façon non compétitive l'alcool déshydrogénase de foie humain .

- D'après FRIED (60) les imidazoles peuvent se combiner avec le coenzyme NAD lorsque la position 1 de l'imidazole est libre, or dans le M. la position 1 est occupée par le radical hydroxyéthyl .. Pourtant le mélange de M. et de NAD-H cause la disparition du pic d'absorption typique à 340 nm du M., ce qui prouve qu'il y a une réaction entre eux .

FRIED critique les publications relatant l'inhibition de l'alcool déshydrogénase par la mesure du taux de NAD-H formé, ce NAD réduit pouvant être réoxydé par les imidazoles qui peuvent donc introduire une réaction secondaire ; il serait donc nécessaire de faire cette étude cinétique différemment, par exemple par la mesure des concentrations de l'éthanol ou de l'acataldéhyde .

Le Métronidazole qui possède une chaîne hydroxyéthyle pourrait être pris comme substrat par l'alcool déshydrogénase quand l'alcool manque mais FRIED ne confirme pas cette hypothèse . FRIED conclut que le Métronidazole inhibe trois oxydases différentes : l'alcool déshydrogénase (à coenzyme NAD), la xanthine oxydase (à coenzyme FAD) et l'uricase, mais ne peut inhiber les deux premières lorsque des sels de tétrazolium sont utilisés comme accepteurs d'électrons ; le Métronidazole pourrait donc agir comme un piège à électrons non spécifique, piège neutralisé par les sels de tétrazolium .

- Pour EDWARDS et PRICE (46) le Métronidazole doit être un inhibiteur non compétitif par rapport à l'éthanol pour des préparations brutes d'alcool déshydrogénase typique et atypique, de foie humain .

- RANNEY (cf. 60) trouve que le Métronidazole n'a pas d'effets IMAO, ni IDAO .

- Enfin PALTRINIERI (115) en 1968 retrouve l'effet inhibiteur du Métronidazole sur l'alcool déshydrogénase in vitro .

Il semble qu'in vitro le Métronidazole ne soit ni :

- ni un IMAO
- ni un IDAO

mais qu'il se comporte comme inhibiteur des enzymes oxydant l'alcool .

γ- Constatations biochimiques in vivo

In vivo les recherches ont tenté d'élucider le métabolisme du Métronidazole son action sur l'alcoolisme et son action sur le système nerveux central .

1- Métronidazole et ses métabolites dans le sang et les urines .

. Constatations générales. Des essais d'administration per os au lapin d'une dose unique de 300 mg par kg ont montré que le produit passe à bref délai dans le milieu sanguin et que sa concentration atteint 60 mg par litre six heures après . Le dosage est encore possible 72 heures après, pourtant l'élimination est assez rapide chez le rat puisque 48 heures après ingestion 10 à 15% du produit sont excrétés par les voies urinaires .

Selon L. J. ANDRE, P. PIERI et L. ABED (4) l'absorption intestinale du Métronidazole est facile, le taux sanguin est rapidement élevé . Le foie métabolise le Métronidazole et le transforme en acide méthyl-2-nitro-5-imidazolyl-1-acétique (cf. formule p.156)le stockage hépatique semble possible . L'élimination rénale est prédominante mais aussi digestive avec possibilité de cycle entérohépatique . MESZAROS SCILLA et coll. (105) après

une dose orale de 125 mg/kg retrouvent dans les urines du rat 34% de Métronidazole avant 24 heures et des traces dans la première heure .

Etude des métabolites du Métronidazole dans les urines .

STAMBAUGH et al., en 1967 rapportent que le métabolisme du Métronidazole met en jeu d'abord l'oxydation du groupe méthyle en deux pour donner l'hydroxyméthyl correspondant . Cet alcool primaire et le Métronidazole non métabolisé représentent 60 à 70 % du total des composés nitrés excrétés dans les urines et ceci en égale quantité .

Puis STAMBAUGH et al., en 1968 (138) examinent les diverses voies du métabolisme du Métronidazole chez la souris et chez l'homme sans trouver de différence notable . Dans les urines de la souris ils ont simplement mis en évidence un ester sulfurique supplémentaire .

Par chromatographie et spectrographie, ils isolent parmi les nitro-imidazoles urinaires le Métronidazole, le (2 Hydroxyéthyl)-1 hydroxyméthyl-2-nitro-5 - imidazole, l'acide méthyl-2-nitro-5-imidazolyl-1 acétique et l'acide (2-hydroxyéthyl) 1-nitro-5-imidazolyl-2-carboxylique (cf formule p.156) .

Ces quatre corps et deux glucuronides correspondants (cf. p.156)sont excrétés dans les urines dans les 24 heures suivant l'absorption du Métronidazole à un taux global de 55 à 65% alors que les fécès n'en renferment que des traces .

D'après STAMBAUGH le pourcentage relatif de l'élimination des métabolites dans les urines de vingt-quatre-heures est le suivant :

Métabolites urinaires	*PRODUIT ADMINISTRE*		
	Métronidazole	*Acide méthyl 2-nitro-5-imidazolyl -1-acétique. (a)*	*(2-hydroxythyl)-1-hydroxyméthyl-2-nitro-5-imidazole. (b)*
Conjugués *(1)*	10-14 %		10 - 15 %
(a)	15-20 %	70-80 % (excrétion rapide).	
acide 2-(hydroxyéthyl) 1-nitro-5-imidazolyl-2-carboxylique.	8-12 %		25 - 35 %
(b)	35-40 %		55 - 65 %
Métronidazole	25-30 %		

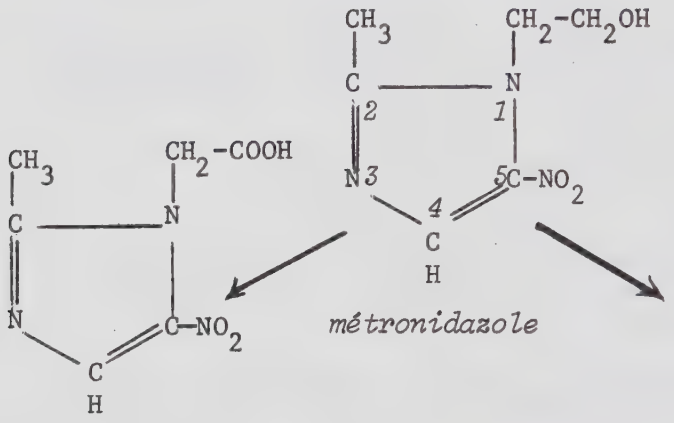
(1) Les conjugués apparaissent lors de forte dose de métronidazole ingéré.

Ordre selon lequel se font les métabolites du Métronidazole selon STAMBAUGH :

Principe général : le groupe 2 méthyl est le plus souvent oxydé , ensuite c'est le groupe hydroxyéthyl .

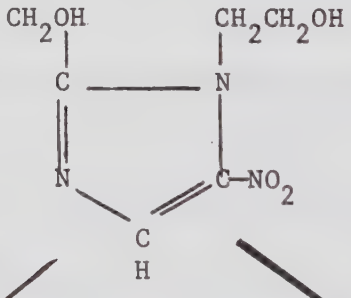
ORDRE SELON LEQUEL SE FONT LES METABOLITES DU METRONIDAZOLE SELON STAMBAUGH :

Principe général : le groupe 2 méthyl est le plus souvent oxydé, ensuite c'est le groupe hydroxyéthyl.



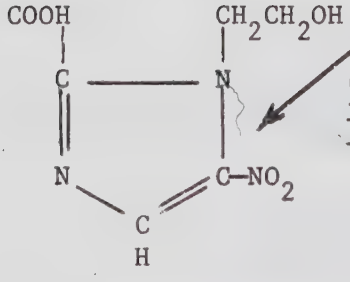
glucuronide correspondant

acide méthyl-2-nitro--5-imidazolyl-1-acétique



(2 hydroxyéthyl)-1-hydroxyméthyl-2-nitro-5-imidazole

glucuronide correspondant



acide (2 hydroxyéthyl)-1-nitro-5-imidazolyl-2-carboxylique

(Peu de produit in vivo. CH_2OH paraît résistant à l'oxydation mais COOH est décarboxylé facilement)

Enfin STAMBAUGH se penche sur deux problèmes celui des urines foncées et celui des cyclisations des dérivés du Métronidazole . La teinte foncée des urines de certains sujets soumis au traitement par le Métronidazole correspondrait à des "dérivés azoïques" de couleur brune, de structure chimique variable . Enfin il serait possible de trouver dans les urines des cyclisations entre le groupement hydroxyéthyl et l'acide carboxylic en position 2 de l'acide (2 hydroxyéthyl) 1-nitro-5-imidazolyl-2-carboxylique pour former la lactone correspondante .

2- Action du Métronidazole in vivo sur l'éthanol .

MONTINI et coll. en 1966 (115) ont observé que le Métronidazole provoque des modifications de la courbe de surcharge alcoolémique exécutée d'après la méthode de Newmark .

Une demi-heure et 4 heures après l'ingestion d'alcool les taux d'alcoolémie sont plus élevés chez les sujets sous Métronidazole que chez des sujets témoins sans médicament ... D'où les auteurs émettent l'hypothèse d'une action inhibitrice du Métronidazole sur l'alcool déshydrogénase, in vivo .

Par contre en 1968 (27) CHOISY et coll. étudiant la vitesse de disparition de l'alcool dans le sang sous l'action de la thyroxine et du Métronidazole , trouvent que la thyroxine augmente le catabolisme de l'éthanol et que le Métronidazole à des doses de 50 à 100 mg/kg chez le lapin augmente également ce catabolisme, à condition que le M. soit donné par voie intra-veineuse ou sous-cutanée. Par contre, après administration, per os, les auteurs ne peuvent rien conclure . Ainsi "il semble que le Métronidazole agisse immédiatement après l'injection en entraînant une accélération de la vitesse de disparition de l'éthanol sanguin chez le lapin" .

D. WINTER et coll. en 1969 donnent à des rats par voie intra-péritonéale 50 mg/kg de Métronidazole en même temps ou deux heures après une dose de léthale

(LD 50) d'éthanol, ou bien (I. P.) 100 mg de Métronidazole une heure avant ou 24 heures après l'éthanol . Ils trouvent que le M. diminue la morbidité avec d'autant plus d'efficacité qu'il est donné avant la dose d'éthanol que concuremment ou après . Le Disulfirame (D.), lui, donné une heure avant l'éthanol à la dose de 125 mg/kg accroît la morbidité, mais ni le D. ni le M. employés seuls chez ces rats n'ont provoqué d'accidents toxiques .

WINTER note que le M. employé en prétraitement a réduit la dégénérescence hépatique alcoolique presque complètement chez les animaux observés, et il souligne les avantages de ce médicament d'action plus douce que le D. et qui a la propriété d'assurer une protection contre les effets toxiques locaux et généraux de l'alcool .

Donc, pour certains auteurs le Métronidazole inhiberait l'alcool déshydrogénase et aurait un léger effet antabuse (MONTINI) mais pour d'autres il aurait une action différente de celle du D. et au lieu de bloquer le catabolisme de l'éthanol, il l'aiderait tout au moins au début, et protègerait des effets nocifs de l'éthanol (CHOISY et WINTER) .

3- Action du Métronidazole sur le système nerveux central .

ROHTE classe en 1969 (134) plusieurs médicaments en fonction de la conduite adoptée par des souris soumises à des drogues . Ces animaux furent inhibés par l'amytriptyline-H Cl, la Chlorpromazine -H Cl, l'Halopéridol-H Cl et le Métronidazole, ces quatre produits donnés dans les mêmes conditions .

Ce qui indiquerait donc que le Métronidazole ait une propriété psychotrope comme le classe PACHTER et RUBIN (114) qui le décrivent comme augmentant l'agitation, les illusions (ou délire) et les hallucinations lorsqu'il est administré à fortes doses chez les schizophrènes catatoniques .

Enfin WINTER (155) rappelle que le Métronidazole est décrit comme un inhibiteur des décharges d'hormones surrénaliennes .

d) Toxicité du Métronidazole .

TAYLOR signale, dès 1962 , des anomalies d'excrétions urinaires de stéroïdes et quelques aspects cushingoïdes chez la femme, puis le mauvais goût (amertume), la langue saburrale, quelques cas de nausées, d'asthénie, de flatulences, de vertiges et d'irritation du périnée . . . tout ceci est très comparable aux expérimentations du produit en dehors de l'alcoolisme .

Par contre l'association a été décrite par ROTHSTEIN et coll. en 1969 (*a*) de D. et de M. comme toxique pour avoir déclenché des états confusionnels ou une spsychose aiguë dans 4 cas sur 20, il attribue cela surtout au Métronidazole car il donne quelques perturbations de l'E. E. G. (*b*) alors qu'une étude récente de TITECA (Institut Brugman Bruxelles) présentée au colloque de Bruxelles du 22-11-1969 ne montre rien de significatif quant aux tracés .

e) Conclusion

Ainsi les auteurs ont tout d'abord voulu invoquer la même pathogénèse que pour le D. c'est-à-dire un blocage de la déshydrogénase hépatique qui catabolise normalement l'acétaldéhyde, ce produit s'accumulant démesurément dans l'organisme provoquerait les réactions dites "réactions antabuses" . Mais pour le Métronidazole ceci n'a pas été démontré in vivo . Ainsi le Docteur LEGER (Limoges) en 1968, puis de BUCK, BOON et coll. se sont-ils penchés sur le fait que le Métronidazole a pour effet quasi constant, d'altérer le goût des boissons alcoolisées chez l'homme ce qui expliquerait la diminution de consommation d'alcool retrouvée chez les rongeurs traités au Métronidazole .

(a) ROTHSTEIN et al. - The New England J. of Med. 1969, 280 1006-7.

(b) ITOL, HOLDEN, KESKINER et SHAPIRO - Psychiat. Researck-Rep-Arm Psychiat. A. 24 : 148-165, 1968.

C

RESULTATS DE L'EXPERIMENTATION DU METRONIDAZOLE DANS LE TRAITEMENT DE 135 ALCOOLIQUES CHRONIQUES

L'étude faite par Messieurs J.M. LEGER , BLANCHINET, Van . ECLOO , et J.N. VALLAT en 1968, ayant montré l'intérêt du Métronidazole sur la modification bénéfique de l'appétence et l'ouverture à un contact psychothérapique d'un groupe de quarante alcooliques chroniques suivis pendant trois mois, il nous appartenait sur une plus longue période de constater si les premiers résultats encourageants allaient tenir leurs promesses .

De fait, nous avons présenté, avec le Docteur LEGER, les impressions favorables et générales que nous avons retenues de l'expérimentation de ce traitement chez 135 malades, sur une durée oscillant de 3 à 18 mois selon les cas, au colloque sur l'intérêt du Métronidazole dans le traitement des éthyliques chroniques du 22-XI-69 à Bruxelles (94) . Il nous a semblé surtout intéressant de constater que les résultats des Docteurs BOON, de BUCK, PELK et TITECA de l'Institut Universitaire Brugmann à Bruxelles avec 76%, 7 de résultats favorables étaient très semblables aux nôtres, alors que les deux expérimentations avaient été réalisées par deux équipes différentes , dans deux milieux différents (le buveur d'habitude belges buvant de la bière alors que le buveur français consomme plutôt du vin) et avec des techniques différentes . En effet,

les auteurs belges notent méticuleusement le temps et la quantité de consommation de boissons alcoolisées et étudient les effets secondaires d'une façon plus détaillée alors que nous nous sommes attaché à donner beaucoup d'importance au niveau d'insertion sociale du malade alcoolique .

I - L'EXPERIMENTATION CLINIQUE SUR LE METRONIDAZOLE .

Sera rapportée en trois sous-chapitres que nous isolons dans un but de clarté .

Nous indiquerons tout d'abord quelques généralités sur la façon dont nous avons procédé à la cure de désappétence à l'aide du Métronidazole et quels sont nos critères de succès .

Généralités :

L'expérimentation du M. chez 135 intempérants en grande majorité au vin, sur une durée variable de quinze jours pour les échecs d'emblée, jusqu'à 18 mois pour certains, dans un cadre clinique varié puisque les malades ont été observés dans trois secteurs différents que sont le Centre Hospitalier Régional (C. H. R.) avec 80 malades, l'Hôpital Psychiatrique de Naugeat (H. P.) avec 28 malades et le secteur privé dans lequel les malades ont été traités en cure ambulatoire d'emblée (27 patients) .

Nous étudierons à part les observations des traitements hospitaliers des services et unités de soins où les résultats furent bons et ceux où les résultats furent médiocres pour essayer de comprendre pourquoi ces différences . Enfin, nous envisagerons le problème des traitements ambulatoires d'emblée, notion moins classique et pourtant qui semble intéressante dans quelques cas particuliers .

Pratique de la cure de désappétence au Métronidazole (M.)

S'il y a presque deux ans le Docteur LEGER commença à prescrire le M. dans l'alcoolisme chronique suivant les mêmes modalités que le traitement au Disulfirame (D.) très vite il s'aperçut que le M. n'agissait pas par un effet antabuse qui ne fut pas retrouvé dans ses observations, mais plutôt par une distorsion gustative lors de l'ingestion de vin . Aussi les modalités de la technique se façonnèrent chemin faisant et avec le recul de notre expérimentation, nous pouvons indiquer maintenant comment nous procédons .

a) Technique en cure hospitalière :

Elle représente, à notre avis, la méthode la plus sûre . Après cette phase de désintoxication de quelques jours (alcool intra-veineux, hépatothérapie, vitaminothérapie) la menace de délirium trémens ayant été écartée, nous donnons de 1 à 2 g de M. soit 4 à 8 comprimés/j. selon le poids et le sexe du sujet traité, pendant 6 à dix jours (cette dose étant répartie en deux à trois prises) . Après ce délai, nous présentons, lors du repas de midi, un choix de boissons comprenant obligatoirement la boisson alcoolisée habituelle et une boisson non alcoolisée valorisée : eau minérale, jus de fruit ... Le malade peut prendre librement le liquide désiré .

L'infirmier (ère) note, à l'issue du repas, la nature et la quantité de boisson alcoolisée bue, et enregistre éventuellement les réflexions du malade dites à ce sujet .

Habituellement (90% des cas) le sujet prend au cours du repas son breuvage alcoolisé mais lui trouve un mauvais goût (vinaigre, amertume ...) aussi le coupe-t-il d'eau, puis fait-il des essais avec d'autres boissons alcoolisées telles que la bière, le cidre ... Enfin, après quelques repas, il diminue sa ration d'alcool qu'il abandonne totalement au bout de quelques jours . Dans ces 90%

de cas que nous considérons comme favorables, dès que la distorsion gustative est jugée suffisante, nous diminuons la prise quotidienne de M. progressivement jusqu'à la dose minimale donnant l'effet escompté (un à quatre comprimés par jour) .

Mais dans 10% des cas, les malades ne réduisent pas leur quantité d'alcool ingéré . A l'entretien, on s'aperçoit alors que ces gens-là sont insensibles aux transformations gustatives ainsi induites ou ne les ressentent même pas . On peut même leur donner des boissons alcoolisées désagréables (vin vinaigré) sans qu'ils s'en rendent compte . Ce sont rarement des gens de niveau culturel très élevé , ayant une insertion sociale particulièrement troublée .

Pour toutes ces raisons, nous pensons qu'il existe chez eux une perte de l'esthétisme gustatif . Devant cela, nous avons l'habitude d'associer au M. un demi-comprimé de D. (les effets antabuses du disulfirame et ceux présumés du M. se potentialisent) , soit d'abandonner le M. et d'envisager une autre technique .

Dès que le malade fait son expérience de dégoût au vin, l'assistance psychologique commence ..... Nous prenons le malade soit en discussion à visée psychothérapique (type face à face) soit en training autogène de Schlutz, soit en réunion de groupes d'alcooliques .

D'autre part, la plupart de nos malades bénéficieront d'un traitement chimiothérapique symptomatique visant l'anxiété et les troubles thymiques . L'existence de manifestations psychotiques pouvant rendre nécessaire l'administration de neuroleptiques .

b) Technique en cure ambulatoire d'emblée :

Cette expérience a pu être établie grâce aux renseignements que nous ont fournis obligeamment quelques médecins généralistes .

La cure au Métronidazole est commencée sans traitement préalable . Les sujets ainsi soignés ont généralement une excellente relation avec leur médecin . Les résultats sont très appréciables puisqu'ils dépassent 40% de bons résultats après six mois de traitement ce qui semble d'autant plus intéressant que certains succès furent obtenus chez des malades qui refusaient de se faire soigner pour l'alcoolisme et qui ne tombaient pas sous la Loi de 1955 .

La prescription dans ce dernier cas étant faite au départ pour une cause anodine, le M. étant proposé comme anti-asthéniant, fortifiant... Par la suite, l'apparition des modifications du goût sert de thème de discussion entre le praticien et son patient et permet d'envisager des problèmes directement liés à l'éthylisme. "un verre de bon vin le dimanche, c'est agréable, un verre de vin avec le fromage c'est appréciable, mais il ne faut jamais dépasser un demi-litre par jour ... du reste votre foie n'est pas très brillant et il faut faire des tests hépatiques ..." .

c) Cure ambulatoire post-hospitalière :

Il est prudent de prescrire la dose minimale nécessaire pour obtenir la distorsion gustative . En général 500 mg en une seule prise, le matin, semblent être indiqués . Après plusieurs mois de traitement, il faudra supprimer le Métronidazole par périodes progressivement croissantes, lorsque le malade critiquera suffisamment son comportement bibitoire ancien . Il sera prudent de conseiller au malade de porter constamment sur lui des cachets de M. pour qu'à la moindre envie de boire de l'alcool, il prenne 500 mg de M. ce qui alliera un effet placébo à une action chimiothérapique réelle sur le goût et à la participation active du malade à sa guérison .

Au cas où le malade se remet à boire en ayant abandonné son traitement, il faut reprendre la cure de M. à haute dose sans se décourager car le traitement de l'alcoolique est forcément long .

Lorsque le malade a un médecin-traitant et si une bonne relation s'établit entre eux, le rôle de l'omnipraticien peut être prépondérant . C'est lui, en effet , qui prendra en charge le malade en liaison avec l'équipe psychiatrique et qui le suivra dans sa réinsertion socio-professionnelle, qui surveillera sa lente progression vers l'acquisition d'une totale indépendance à l'égard de la boisson alcoolisée .

Si le malade n'a pas de médecin-traitant ou si son état l'exige, ce sera à l'équipe psychiatrique de prendre en charge le sujet .

Il semble que le thérapeute devra éviter de s'insérer trop profondément dans les interactions le plus souvent teintées de sado-masochisme, qui se nouent dans l'entourage des membres de l'alcoolique ou entre ceux du couple lui-même . Il est fort difficile de distinguer au premier abord les motivations des individus en présence . N'envisage-t-on pas maintenant, d'une façon différente l'action de cette "victime" de l'éthylique qui est sa femme, cette "pauvre femme" qui ne demande la cure que pour avoir une raison de plus d'enfoncer son mari dans l'immaturité, de le reléguer au rang d'enfant . Aussi, le but du thérapeute sera-t-il de permettre à l'alcoolique de retrouver sa place de véritable adulte et non pas de le plonger un peu plus dans son marasme .

Comment jugeons-nous des résultats .

Si au départ de l'expérimentation nous considérions que toute prise de boisson alcoolisée était un échec en suivant le critère classique du traitement au D., nous nous sommes très vite rendus compte que la plupart de ces soi-disant "échecs" , un, trois, six mois après ne buvaient qu'occasionnellement du vin ou de la bière et même que certains s'étaient arrêtés de boire de l'alcool ; alors reprenant les conseils de tempérance de l'Académie de Médecine, nous nous basons sur les critères suivants :

- Succès :
tout sujet tempérant, c'est-à-dire consommant par exemple moins de 50 g d'alcool pur par jour (tel 1/2 litre de vin à 10°) régulièrement répartis dans la journée , n'ayant pas de phénomènes classiques d'imprégnation éthylique (pituite, crampes, tremblements, cauchemars . . .)

- Echecs :
Tout abandon du contrôle médical de la part du malade (qu'il soit tempérant ou intempérant), toute imbibition égale ou supérieure à 50g d'alcool pur par jour, tout sujet contrôlé en état d'ébriété, toute rechute psychiatrique , ainsi que toute dégradation des relations sociales de l'individu .

1° - EXPERIMENTATION DANS UN CADRE HOSPITALIER AVEC ENTRETIEN A VISEE PSYCHOTHERAPIQUE SUR 83 PATIENTS .

L'expérimentation a porté sur 83 malades dont 67 dans un service de psychiatrie du centre hospitalier régional (C. H. R.) et 16 dans un service de femmes de l'Hôpital Psychiatrique (H. P.) qui ont été suivis après cure de désappétence hospitalière en consultations externes et en dispensaires .

A / Expérimentation sur 67 malades hospitalisés en service de Psychiatrie de C. H. R.

I - Tableau général

(voir page suivante)

N°	Age	Date entrée	Profession	Diagnostic d'entrée	Sexe	PARENTS		Résultats.
						Père	Mère	
1	44	7/68	cantonier	polynévrite	M			+++
2	51	7/68	sans	autolyse	F	orpheline		+++
3	35	11/68	patissier	D.T.	M	éthylique		+
4	41	6/69	bâtiment	pré-D.T.	M	orphelin		+
5	40	3/69	ouvrier	anxieux	M		suicide	++
6	38	3/69	agriculteur	dépression	M		sévère	+ -
7	64	10/68	bâtiment	asthénie	M			-
8	31	2/69	infirmier	asthénie	M		captatrice	+
9	30	6/68	ouvriere	autolyse	F			++
10	44	10/69	bâtiment	pré-D.T.	M	orphelin		+
11	43	7/68	café	pré-D.T.	M	éthylique	débile	+++
12	32	5/68	néant	faible	M			+
13	40	3/69	sans	autolyse	F			
14	40	10/68	sans	anxieuse	F	débile		+ -
15	38	11/68	agriculteur	érysipèle	M	éthylique	sévère	+
16	47	2fois	bâtiment	autolyse	M			++
17	40	3/69	bâtiment	autolyse	M			
18	33	11/68	sans	autolyse	F	orphelin		++

N°	Age	Date entrée	Profession	Diagnostic d'entrée	Sexe	PARENTS		Résultats.
						Père	Mère	
19	52	6/68	cantonier	D.T.	M			+++
20	48	8/68	cantonier	pré-D.T.	M		orpheline	+
21	46	1/69	chauffeur	D.T.	M		captatrice	+
22	42	6/68	artisan	D.T.	M			++
23	30	2/69	agriculteur	D.T.	M	orphelin		++
24	45	4/69	artiste	D.T.	M			-
25	56	4/69	agriculteur	autolyse	M			+
26		ménage	sans		F			++
27	60	3/69		Accident du travail	M	Assistance publique		+ -
28	49	4/69	empl.bureau	dépression	M	Orphelin		+
29	34	5/68	agriculteur	encéphalose	M			+
30	32	5/68	agriculteur	D.T.	M	éthylique	captatrice	+++
31	35	11/68	dentiste	délire	F		captatrice	+
32	21	1/69	agriculteur	D.T.	M	éthylique	captatrice	++
33	54	12/68	contremait.	pré-D.T.	M		sévère	+
34	63	12/68	agriculteur	pré-D.T.	M		sévère	+
35	54	5/68	agriculteur	alccool chronique	M			+

N°	Age	Date entrée	Profession	Diagnostic d'entrée	Sexe	PARENTS		Résultats.
						Père	Mère	
36	34	6/68	ouvrier	violent	M	captateurs		+
37	35	9/68	invalide	comitial	M			+
38	43	12/68	bâtiment	D.T.	M	orphelin		+
39	73	12/68	retraitée	pré-D.T.	F			+ -
40	68	3/69	café	alcool chron	M			+
41	53	8/68	tailleur	agitation	M	suicide	orpheline	+ -
42	32	9/68	bâtiment	D.T.	M	éthylique		-
43	35	2/69	épicerie	délire	M	éthylique		-
44	41	12/68	ouvr.spéc.	autolyse	M			++
45	44	8/68	employée	déséquilibre	F	éthylique		+++
46	68	9/68	facteur	pré-D.T.	M			-
47	30	2/69	cantonier	dépression	M	éthylique	captatrice	++
48	55	10/68	ouvrier	dépression	M			+
49	35	6/68	agricultrice	D.T.	F			++
50	41	2/69	employée	pré-D.T.	F		orpheline	++
51	44	7/68	bâtiment	dépression	M			+++
52	54	8/68	agricultrice	pré-D.T.	F	autolyse		+
53	44	1/69	bâtiment	post-trauma.	M			-

N°	Age	Date entrée	Profession	Diagnostic d'entrée	Sexe	PARENTS		Résultats.
						Père	Mère	
54	53	12/68	agriculteur	ivresse	M	orphelin		+
55	48	10/68	agriculteur	accident	M	orphelin		+++
56	38	5/69	P.T.T.	caractér.	M			-
57	46	2/69	bâtiment	dépressif	M			++
58	26	6/68	mineur	D.T.	M			++
59	44	10/68	charcutier	pré-D.T.	M		captatrice	+
60	40	9/68	bâtiment	délire	M	autolyse	captatrice	+ -
61	25	4/69	bâtiment	post-traum.	M			+
62	41	5/69	ouvrier	délire	M	orphelin	captatrice	+
63	36	8/68	veil. nuit	pré-D.T.	M			-
64	64	2/69	agriculteur	cirrhose	M		captatrice	-
65	50	9/68	ouvrier	méd.travail	M	éthylique		+
66	32	10/68	ouvrier	autolyse	M	éthylique	captatrice	-
67	23	10/68	sans	autolyse	M			-

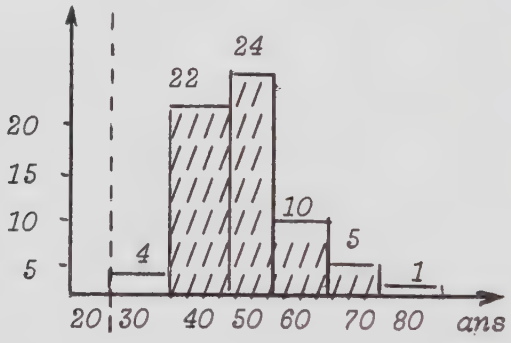
- = échecs
- + = douteux
- + = satisfaisants
- ++ = bons
- +++ = excellents

2° - GENERALITES

a) Etude des caractères de cette population

- L'histogramme ci-contre montre que la majorité de nos cas se situent entre 30 et 50 ans, c'est-à-dire à l'âge actif :

Le sexe féminin est minoritaire représenté seulement par 16, 4 % des cas .



- Si les malades se répartissent d'une façon égale suivant l'habitat, par contre le secteur économique le plus représenté est le secondaire (Bâtiment, cantonniers, usine, petits artisans) qui avec 47, 8 % des cas arrive largement avant le primaire 22, 4 %, le tertiaire n'étant que faiblement représenté 9 % (retraité , sans profession, invalide) .

% en fonction du secteur économique			
Cultivateurs	22,4 %	secteur primaire	22,4 %
Bâtiment + cantonniers	27		
Usine	11,8		
Commerçants artisans	9	secteur secondaire	47,8 %
Sans profession	7		
Invalides + retraités	9		
Employées de maison	4,5		

- Etudes des motifs amenant le malade à subir une cure de désappétence .

C'est la non-tolérance de la société vis-à-vis du malade, qui devient agressive qui le conduit le plus souvent au départ contre son gré à la désintoxication .

- D. T. ..... 14 cas
- pré D. T. ..... 14 cas
- voie de fait ..... 3 cas
- obligé par famille ou médecin du travail ..... 4 cas

soit : 52 %

D'autres sont mieux tolérés ou moins imprégnés et sont soignés :

- soit parce que le diagnostic se fait fortuitement lors :
  . d'accidents du travail ..... 3 cas
  . de maladies organiques ou psychiques ..... 6 cas

- soit qu'ils ont une décompensation anxieuse
  . avec état dépressif simple ..... 10 cas
  . avec tentative d'autolyse locale ... 10 cas
  soit 30 %
- soit qu'ils viennent spontanément .....
  seulement ..... 3 cas !!

b) Effets secondaires

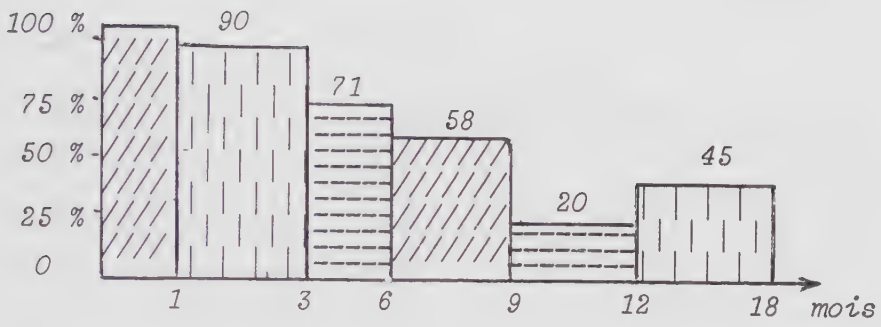
Les effets secondaires désagréables sont apparus dans 14% des cas à la dose de 1 à 2 g de Métronidazole par jour, à type de troubles de l'appareil digestif (langue saburrale, bouche pâteuse au réveil , amertume mauvaise digestion ...) de vertiges 6%, diminution de la libido (classique après déconditionnement alcoolique d'une part, et après traitement au M.), rechute de psychopathie (6%) ; un accident confuso-onirique dès le début du traitement, un cas de fourmillement des extrémités et 5% d'anorexie partielle après poursuite du traitement plus de 3 mois .

Par contre nous devons noter un effet favorable sur les douleurs gastriques d'ulcus gastro-duodénaux (2 cas de guérison symptomatique) .

c) Résultats :

- Etude de la régularité de la poursuite des consultations en post-cure auxquelles se sont soumis les malades en fonction de la date du traitement .

.....



Nous voyons donc qu'en moyenne 13% des malades abandonnent par trimestre la consultation externe, sauf pour la tranche des 9 à 12 mois, qui correspond à une série de malades ayant été traités en cure hospitalière par un thérapeute et suivis ensuite en consultation externe par un autre du fait de congés annuels et du roulement des internes ce qui montre le rôle de continuité psychothérapeutique que demande le malade .

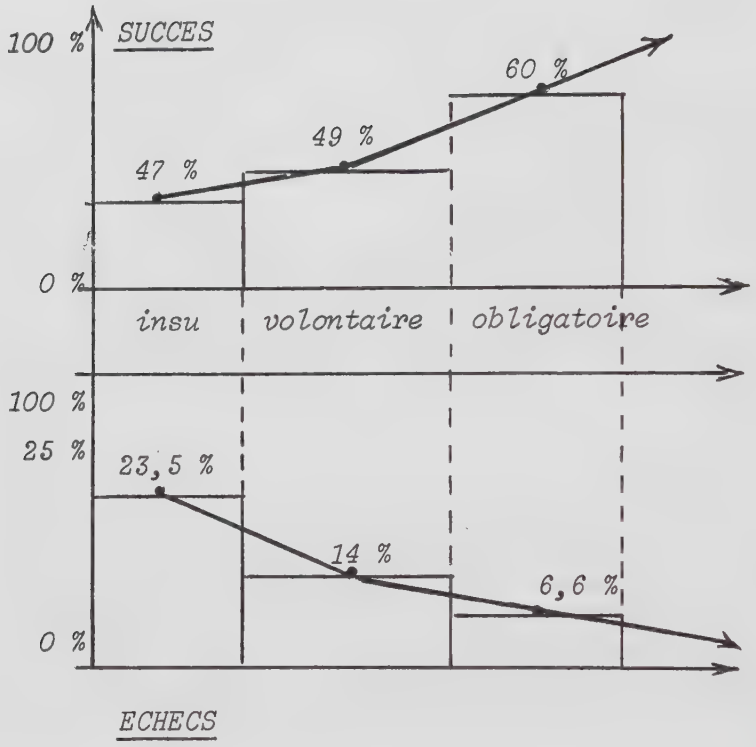
- Etude des facteurs de la motivation dans les effets bénéfiques de la poursuite de la cure .

Nous avons retenu 3 facteurs de motivation :

1°- Désappétence à l'insu ou contre son gré du malade au début dans 54 % des cas .

2°- Désappétence volontaire dans 22 % des cas .

3°- Désappétence obligatoire (pression familiale et sociale avec accord du sujet.) 24 % des cas .



Ce schéma des résultats en fonctions des motivations montre aisément que les facteurs d'environnement sont prédominants dans les résultats positifs de la cure de désappétence puisque lorsque le malade est poussé par sa famille et par les organismes sociaux , il a beaucoup plus de chances de guérir que s'il est simplement volontaire, sans obligation extérieure à lui . Et le maximum d'échecs est obtenu lorsque l'on n'a pas la collaboration du malade (non acceptation ou à son insu) .

- Résultats bruts : en fonction du temps depuis lequel le malade est suivi .

Pourcentages

Cure	3 à 6 mois	6 à 9 mois	9 à 12 mois	12 à 18 mois
90%	65	52	43,4	45

sur 67 malades .

Commentaires :

1- Il s'agit de chiffres minimaux car tout malade ayant été perdu de vue est considéré comme échec .

2- La baisse de la tranche de 9 à 12 mois correspond à la baisse de poursuite de cure, envisagée déjà au paragraphe précédent . Et si nous trouvons plus de succès que de poursuites de consultations externes, c'est que pour cette tranche nous avons été voir ces sujets à domicile pour contrôler un an après, où ils en étaient de leur maladie alcoolique . Nous en avons trouvé plusieurs guéris lorsque leur famille les avait pris en charge .

- Quelques observations :

Par manque de place nous ne pouvons pas reproduire toutes les observations, nous nous contenterons d'en donner quelques unes parmi les cas les plus typiques de succès et d'échecs que nous avons pris .

7 OBSERVATIONS DE SUCCES :

1 - Observation n° 15 :

M. R. C... cultivateur de 38 ans est envoyé par son médecin traitant dans le service des contagieux pour un érysipèle de la face . C'est un homme sympathique, franc, doux, célibataire qui a été élevé par un père éthylique dans une famille de 10 enfants dont il est le plus jeune . Il a vécu avec ses parents jusqu'à la mort de ceux-ci . La mère était assez captatrice . Il habite à côté d'un bistrot qui représente son foyer ; il y déguste du vin rouge avec les "copains" dit-il, c'est un buveur d'habitude. Ses examens sont tous normaux (électrolytes,tests hépatiques,N.F.sanguine,urée,glycémie,ustrols,protides, B. W.).

A partir du 6ème jour d'hospitalisation, nous le mettons à 1 g de M. par jour à son insu et 10 jours après , nous lui présentons tout à fait normalement par le personnel soignant une bouteille de vin et sa bouteille d'eau minérale . Il se montre très satisfait de ce supplément non attendu, mais déception, il est obligé de mettre de l'eau car il le trouve aigre (la bouteille lui a été apportée capsulée) . Les infirmiers quelques jours après nous apprennent qu'il le fait goûter à tous ses parents et amis qui viennent lui rendre visite pour savoir "s'il était bon" et se trouve fort surpris de leurs réponses systématiques "c'est du vin ordinaire mais non piqué" . Le lendemain il nous dit que le vin lui "brûle l'estomac" , " "qu'il ne peut le boire", et attribue cela à "tous les médicaments" qu'il prend ici ...

2 - Observation n° 18 :

Nous suivons Madame C... depuis plus de six mois et son mari indirectement car il s'agit d'un couple d'alcooliques . Notre malade a 33 ans, reste à la maison et a deux enfants . Elle nous est arrivée pour tentative

d'autolyse après de nombreuses disputes qu'elle a avec son mari . Elle avoue être très irritable surtout lorsqu'elle boit de la bière . Elle a été élevée par sa mère car son père est mort lorsqu'elle avait 18 mois . Son mari et elle-même boivent depuis plus de cinq ans pour oublier "leurs soucis" et pour "se remonter" . Il semble que c'est le mari qui crée la perturbation en rentrant ivre le soir .

Les examens sanguins sont tous très normaux avant et pendant le traitement . La cure est faite à son insu . Le M. est prescrit avec les autres médicaments . Il lui est dit qu'il faudra qu'elle se soigne longtemps les nerfs . Notre malade reste 25 jours dans le service ; les trois premiers jours à 0, 750 g puis à 1 g de M. La bière lui est présentée au bout de 10 jours d'imprégnation au M. elle n'a pas "envie" d 'en boire, alors elle n'en prend pas. Pendant son séjour elle prend 3 kg, mange mieux, dort mieux . Nous la suivons ensuite en consultation externe tous les 15 jours, puis tous les mois . Dès le premier mois, il y a une nette amélioration dans ses rapports familiaux . Le deuxième mois le mari accepte de se faire soigner lui aussi . Après trois mois à 1 g, de M. quotidien la malade présente de l'anorexie, quelques nausées, et la bouche pâteuse . Redescendu à 750 mg tout s'arrange jusqu'au 6ème mois où la langue est de nouveau pâteuse, et quelques vertiges alors elle arrête elle-même son médicament pendant 10 jours et tout s'arrange sans qu'elle ait présenté de l'appétence à boire . Puis elle reprend son médicament sans troubles ... cette malade guérie depuis plus de six mois a retrouvé une vie familiale normale.

3 - Observation n° 22 :

Il s'agit d'un artisan dont l'affaire évolue depuis quelques années d'une façon inversement proportionnelle au taux d'ingestion de vin . Il arrive dans le service de D. T. Il a fait une école professionnelle, puis par tradition familiale, s'est engagé dans l'armée puis la quitte et reprend une petite entreprise familiale . Tout va bien

jusqu'à la mort de son père qui avait une retraite active dans cette affaire ... Il reste 15 jours dans le service . Après 10 jours à 1 g , on l'invite à boire du vin à table : il accepte les trois premiers jours, puis lui trouvant "un mauvais goût de vinaigre" il n'en reprend plus jusqu'à sa sortie . Sa femme (éthylique) est mise au courant du traitement : elle accepte de s'y soumettre elle-même et d'aider son mari sans lui dire au début que le M. inhibe l'appétence au vin .

Nous les revoyons régulièrement : au bout de deux mois l'appétit sexuel du mari a beaucoup diminué, par contre il est euphorique, sociable, n'a pas d'intolérance et n'absorbe pas d'alcool . Vers le 5ème mois tous les deux sont obligés d'arrêter leur M. 10 jours car ils ont quelques vertiges . Les troubles s'arrêtent . Nous leur réduisons donc leur posologie . La seule concession que fait le couple à l'alcool est une cuillère à soupe de vin rouge dans le potage ... quand ils en mangent .

4 - Observation n° 49 :

Madame M..., âgée de 35 ans, mariée, deux enfants, disant bien s'entendre avec son mari, est une récidiviste. En effet elle fut déjà soignée au C. H. R. en 1967 pour éthylisme chronique . Elle arrive cette fois-ci en D. T. C'est une personne dépressive et anxieuse que l'alcool rend agressive . Très vite avec le traitement classique , alcool IV, équanil, vitaminothérapie, notre malade devient coopérante et accepte une "bonne" cure surtout "s'il n'y a pas d'épreuve de dégoût" ...

Après 4 jours à un gramme de M. on lui présente du vin à table, notre malade, ravie , accepte un verre mais sans rien dire le lendemain, elle le coupe d'eau et chaque jour un peu plus jusqu'au 10ème jour où elle ne prend plus que de l'eau .

En traitement ambulatoire au bout d'un mois elle reprend du vin (un demi-verre par jour dit-elle !) . Son mari deux mois après nous confirme qu'elle ne boit pas plus d'un demi-verre de vin par jour ? qu'elle n' a

aucune intolérance , que la vie familiale est nettement améliorée, enfin qu'au point de vue sexuel rien n'est changé . Le mois suivant son mari nous dit que sa vie est transformée, tout va bien . Le 4ème mois, notre malade prend un kilo, est détendue, prend toujours son demi-verre de vin par jour . . . Cette fois-ci nous n'attendons pas les signes d'intolérance et nous lui disons d'arrêter son traitement mais de continuer à venir en consultation .

Le 9ème mois, notre ancienne alcoolique boit, bon jour mauvais jour, un verre de vin, noyé d'eau, l'entente familiale confirmée par le mari est parfaite, son état général est très bon .

5 - Observation n° 55 :

Monsieur P. . . 48 ans agriculteur, nous est adressé par un service de chirurgie où ce malade a été soigné pour une fracture qu'il s'est faite dans son travail. Là il a été découvert un éthylisme chronique de longue date. C'est un homme anxieux qui s'entend bien avec sa femme et qui est obligé de s'occuper de tous les travaux de la propriété en son absence. Il s'agit d'un ménage très bien inséré dans leur milieu puisque tous les voisins leur ont promis de les aider jusqu'à guérison de la fracture. Cet éthylique qui n'est jamais ivre, est le parfait honnête buveur d'habitude, ingérant depuis son service militaire un litre à un litre et demi par jour sans jamais avoir d'accident éthyle aigu . Le traitement est fait à son insu et à celui de sa femme . Dans le service après dix jours de saturation au M. à 1 g, nous lui présentons à table du vin dont il trouve "le goût nettement moins bon que son vin de sa cave" . Une semaine après il ne boit plus de vin car il a un "goût de piquant, d'éther" . A sa sortie il est d'abord suivi par nous en consultation externe, puis devant le succès de la cure (un verre de vin ou de cidre par jour) nous le confions à son médecin traitant . Actuellement , c'est-à-dire au bout de 9 mois en cure discontinue de M. il ne boit plus et tout va bien .

6 - Observation n° 58 :

M. R. . . . âgé de 28 ans est fiancé, mineur dans une carrière, de tempérament faible qui entre en pré D. T. Il a commencé à boire durant son service militaire en Afrique du Nord de la bière et du vin blanc . Nous lui disons que nous allons l'aider à moins boire et à retrouver une vie normale . Après 6 jours de traitement à 1 g par jour de M. il accepte facilement de boire du vin, puis les 6 jours suivants il refuse obstinément . Il sort . Le mois suivant toujours avec un gramme de M. Il ne boit aucune boisson alcoolisée . Le troisième mois il n'a aucune envie de vin mais boit 2 verres de bière par jour . Il reprend son travail à mi-temps . Puis il essaie d'arrêter son M. mais se sentant nerveux et anorexique il reprend le M. et tout s'arrange . Le 6ème mois il avale un litre de bière à table par jour et reprend son travail à temps complet . C'est alors que le stock de M. de sa pharmacie étant épuisé il n'en prend pas pendant quinze jours: il se sent nerveux et boit 2 litres de bière par jour . A la reprise de son M. il rediminue sa consommation de bière sans aucune ennui, nous le mettons à 750 mg en cure de longue durée . Actuellement il boit 3/4 de litre de bière de table par jour, mais son insertion sociale et familiale est nettement améliorée .

7 - Observation n° 65 :

Ce veuf alcoolique de père en fils, fraiseur de métier se distinguait depuis quelque temps par son abstentéisme, aussi la médecine du travail nous l'envoie pour désintoxication . Déjà désintoxiqué au vin en 1960, il buvait du pernod depuis la mort de sa femme il y a deux ans . Après dix jours de M. à 1 g par jour, nous lui offrons son pernod : il ne l'aime pas il n'en a pas envie . Sa dose de M. est descendue de 1/2 g par jour donc à 500 mg et il n'éprouve plus aucune attirance pour le pernod . Il sort et de consultation externe en consultation externe, il nous explique qu'il n'est pas dégoûté du pernod qu'à la rigueur

il y goûte mais sans satisfaction, et qu'enfin il était très content de ne plus boire, car il était mieux nerveusement et que s'il lui arrivait de boire un verre de bière à table de temps en temps, il n'y était nullement obligé . Nous le laissons à son médecin de famille après plus de quatre mois de surveillance à 500 mg par jour de M. car tout va bien .

TROIS OBSERVATIONS D'ECHECS

1 - Observation n° 27 :

Mr. M... 60 ans de l'assistance publique, personnalité fruste ayant toujours vécu en paria de la société boit du vin sous flagyl et le trouve bon . Nous ajoutons du vinaigre dans ce vin, à l'insu du malade qui le boit en mangeant, vomit ce repas, et qui pour se faire "une meilleure bouche" boit un nouveau verre de "vin-aigre" et le trouve extra-bon ... et "ça va mieux ensuite"..., comme il le dit lui-même .
(Nous avons cinq observations identiques de sujets frustes).

2 - Observation n° 42 :

Après un accident du travail en 1967, ce malade n'a jamais pu se réinsérer correctement dans son travail et son éthylisme s'est amplifié et n'est plus toléré par son entourage . Ce maçon de 32 ans père de 3 enfants de deux lits différents, instable et faible , nous arrive en D.T. La cure de désappétence hospitalière se passe bien. Après 7 jours à 750 mg, puis 5 jours à 1 g, nous lui présentons du vin qu'il accepte normalement . Nous augmentons le M. à 1,250 g alors il diminue sa consommation en vin de 3/4 à 1/4 de litre par jour en disant "votre vin a mauvais goût". Il sort et reprend son travail . Sa consommation en vin est raisonnable pendant plus d'un mois pendant lequel son appétit et son physique s'améliorent . Il affirme que s'il a diminué le vin ce n'est pas grâce à "ces traitements" .

Après deux mois il nous dit que sa femme "avait pris votre flagyl pour ses pertes blanches: alors!!!" et il ne revient pas . Sa femme nous dit par la suite qu'il a arrêté ses médicaments et qu'il reboit 2 litres de vin par jour .

3 - Observation n°53 :

Cet ancien traumatisé crânien, nous arrive pour un nouvel accident de la circulation . Il est couvreur-zingueur, marié, deux enfants, a 44 ans et a un caractère irritable du syndrome frontal . Déconditionné mais ne trouvant pas sa boisson mauvaise, notre malade sort avec 1g de M. par jour . Au bout de un mois de sobriété, il abandonne son traitement mais revient en consultation car il a mal à la tête . On l'oblige à reprendre son M. mais il abandonne vite et reboit . C'est alors que sa femme mise au courant de ce traitement substitue systématiquement chez le pharmacien aux comprimés de vit. B, que le malade prend facilement, les comprimés de M. et réciproquement. Ainsi le malade jette consciencieusement ses vitamines et prend son M. Seulement le résultat n'est pas brillant , c'est-à-dire il ne boit plus que 1 litre de vin par jour avec lequel il est ivre tous les soirs .

OBSERVATIONS D'INCIDENTS

1 - Observation n°6 : changement de boisson alcoolisée lors de la cure .

Notre malade arrive pour une dépression nerveuse, il s'agit d'une personnalité instable, qui cherche à se valoriser, propriétaire terrien, il a été élevé par une mère rigide . Il s'entend bien avec son épouse qui lui a donné trois héritiers . Cet homme de 38 ans qui de lui-même propose de se faire désintoxiquer est un éthylique de compensation qui a fait l'A. O. F. et a eu divers accidents de voiture . Avant la cure il buvait trop de vin et de bière. Après la cure, son envie de bière et de vin diminue .

considérablement et nous suivons l'évolution de ses consommations en boisson alcoolisée .. Quatre mois après le début de son traitement, il ne prend plus ni vin, ni bière, par contre il boit du cidre (1,5 litre par jour) .

2 - Observation n° 37 : l'inappétence s'étend aux aliments .

Ce maçon, père de 4 enfants, de caractère anxieux et dépressif obtient un succès total sur l'appétence au vin. En effet durant son hospitalisation après 10 jours de M. à 1 g "ça lui dit rien" car le vin est "âpre", et durant le même temps son poids passe de 70 kg à 72,5kg.

Seulement après trois mois de traitement apparaissent transitoirement des vertiges, puis au bout de six mois de traitement non discontinu à 1 g de M. il devient anorexique et en quelques semaines il est hospitalisé dans un état cachectique .

3 - Observation n° 64 : apparition d'idées confuso-délirantes lors d'ingestion d'alcool sous M.

Il s'agit d'un cirrhotique arrivant en pré D. T. dont les examens sanguins nous donnent avant de le mettre sous M. : Hanger ± Gros ± M. L. 2, Protide 49 et prothrombine 62, une légère anémie avec 3. 480. 000 globules rouges avec anisocytose une mauvaise structure de à l'E. E. G.

Après 10 jours de M., tout en continuant la prescription de ce produit, nous lui permettons de boire. Il prend 1/2 litre de vin à 3/4 de litre par jour . Le 4ème jour s'installe brusquement une confusion (temporo-spatiale) avec didées délirantes de persécutions telles que "Ils sont là avec des pistolets) .Nous notons trémulation,agitation et œdème des membres inférieurs, tension artérielle à 16/11 .

Nous arrêtons vin et M., il s'arrange progressivement . . . avec l'association d'un neuroleptique incisif: Halopéridol (30 gouttes) et Largactil (50 gouttes) .

B/ EXPERIMENTATION SUR 16 MALADES D'UN SERVICE DE FEMMES D'H. P.

I - TABLEAU GENERAL

N°	Age	*Diagnostic d'entrée*	*Durée ttt (en mois)*	*Résultats*	*Effets secondaires*
68	48	habitude	6	++	±
69	36	détérior. mentale polynévrite.	8	++	±
70	59	polynévrite	10	++	±
71	37	polynévrite éthyl.	11	échec	+ surdosage
72	46	cirrhose éthyl.	10	échec	±
73	41	cirrhose éthyl. polynévrite	10	++	+ surdosage
74	57	dépressive	10	+ une rechute recomm. dép.6 m.++	intolérance à l'alcool.
75	44	débile éthyl. + couple	9	+	+ surdosage
76	30	psych. alcool.+ cirrh.	9	++	0
77	74	sénilité post-éthyl.	8	++	0
78	48	psychose éthyl.	9	±	0
79	51	habitude-couple alcoolique	9	++	+ surdosage
80	35	habitude	3	+(pas de recul).	0
81	25	débilité - habitude	3	+ (pas de recul)	0
82	40	Névrosée	3	± (pas de recul)	0 mauvais goût à ses apérit.
83	41	Confuso-onirisme éthyl. à l'entrée de comp.	3	+ (pas de recul)	0

II - RESULTATS

	Cures	3 à 6 mois	6 à 9 mois	9 à 12 mois
Succès	75%	66%	61%	55%

Commentaires :

Grâce au soutien à visée psychothérapique que nous pouvons assurer aux malades après leur sortie (consultations externes, dispensaires, service social) et malgré que 50% de ces malades alcooliques fassent partie de ce que l'on appelle la psychiatrie lourde (4 psychoses éthyliques, 2 débiles, 2 processus démentiels) nous obtenons 55% de succès après neuf mois de traitement .

Quelques observations de succès et d'échecs nous permettront de faire quelques commentaires .

DEUX OBSERVATIONS DE RESULTATS POSITIFS SANS SURDOSAGE

Observation n° 69 :

Madame F... , mariée, 4 enfants, âgée de 36 ans, buvait habituellement 2 litres 1/2 de vin rouge . Il s'agit d'une récidiviste déjà "déconditionnée" par l'Epéral . Elle arrive dans le service pour rechute éthyle . Elle est facilement logorrhéique, prenant à témoin tout le monde de sa bonne foi ... C'est une persécutéeinterprétative, associant à son délire une polynévrite d'origine alcoolique . Elle est travailleuse d'usine . Son mari est alcoolique .

Nous la mettons à 1g de M. Dans le Service au bout de 10 jours il lui est offert du vin qu'elle ne goûte même pas, elle n'en a pas envie ... Sortie, nous la revoyons en consultation tous les 15 jours puis tous les mois. Elle intègre sur nos conseils le mouvement "vie libre". Un mois après, nous diminuons son traitement à 500 mg par jour en 2 prises . Actuellement notre malade n'a plus que 250 mg par jour , retravaille dans une usine et éprouve le besoin de prendre deux cafés par jour pour suivre la cadence, mais n'a plus envie de boire de boissons alcoolisées .

Observation n° 78 :

Madame B.. est divorcée, vivant en concubinage depuis 15 ans. "J'ai fait tous les métiers, depuis le trottoir, la soierie, jusqu'à la bière ... j'aime bien servir.. j'adore changer car je n'aime pas faire la même chose longtemps ".

Cette ancienne syphillitique dont il reste une névrite rétrobulbaire est employée de maison . Elle est joviale, très ... sociable. Elle nous arrive pour un épisode confusionnel de fugue succédant à des phénomènes psychosensoriels hallucinations alcooliques ("les radars me poursuivaient") .

Parallèlement à son traitement antihallucinatoire, nous la mettons à 1 , 5 g de M. Il lui est présenté une bouteille de vin rouge chaque jour ... elle boit un verre en moyenne . Au bout d'un mois après avoir absorbé un verre de vin elle présente de la logorrhée, de la confusion et parle de son délire ... le mois suivant nous diminuons son traitement à 1 g par jour, nous la prenons en psychothérapie de soutien, elle s'arrête de boire, et, chaque jour elle rapporte à la cuisine après son repas la bouteille de vin intacte qui est mise sur sa table . Elle nous dit qu'elle n'en a plus envie mais que ça "ne l'embête pas de voir le vin" .

Le troisième mois notre malade critique son délire, n'a plus envie de boire et étant sortie plusieurs fois à titre d'essais sort définitivement . Au début elle a

une tendance nette à trembler, elle nous a expliqué que cela provenait du café qu'elle prenait ; sur notre conseil elle prend du café décaféiné et effectivement son tremblement diminue . D'autre part nous diminuons progressivement son M. à 0, 500 g par jour, parce que sa langue était pâteuse et qu'elle verbalisait des "vertiges", "la tête vague"... "ça me fait des complexes", puis à 0, 250 g par jour "alors tout va bien". Dernièrement elle a goûté pour faire exceptionnellement comme tout le monde lors d'une fête à son travail un petit verre de porto, dont le goût était normal mais qu'elle n'a pas savouré. Par contre, elle refuse dans toutes les occasions de l'alcool pour prendre des jus de fruits .

Il nous a semblé que ce cas est un succès puisqu'il y a une réinsertion sociale complète, une bonne entente conjugale et une appétence normalisée aux boissons alcoolisées .

1 OBSERVATION D'ASSOCIATION M. D.

Il s'agit d'une personne d'une cinquantaine d'années dont l'environnement professionnel (épicerie-buvette) prédisposait à boire . Après dix jours d'imprégnation à 750 mg de M. et 1/2 comprimé de disulfirame, nous lui présentons du vin qu'elle boit sans aucun goût et qui lui provoque une réaction antabuse . Au fil des jours, cette malade essaie le vin, la bière ... et n'aime plus rien mais n'éprouve aucun dégoût . "Je peux servir mes clients sans aucun trouble et sans aucune envie" . Elle est enchantée de ce traitement . Actuellement, après 4 mois, nous avons ramené le M. à 500 mg car sa langue devenait pâteuse . Le succès est total .

Le M. et le D. potentialiseraient donc leurs effets positifs et peut-être serait-il intéressant d'étudier cette association d'une façon systématique . Après trois mois de traitement, nous arrêtons le M. et cette personne ne présente pas d'effets "rebonds" et nous ne trouvons aucun changement objectif de comportement et aucune modification subjective du goût .

4 OBSERVATIONS DE SYNDROME DE "SURDOSAGE" AU M.

Observation n° 71 :

Il s'agit d'une personne de 64 ans qui a déjà fait 4 cures au D. Elle arrive dans nos services avec une polynévrite alcoolique et un état oniroïde . Au bout d'un mois de traitement à 1, 5 g de M. elle n'a plus envie ni de vin, ni de bière . Les infirmières nous signalent qu'elle a été logorrhéique plusieurs soirs . . . après enquête , et surveillance discrète, nous trouvons que la malade se faisait des frictions à l'eau de cologne et arrivait à utiliser 1 litre par semaine car "j'aime l'odeur, ça me fait du bien, après je me sens mieux. . ." Peu après, la malade nous signale des vertiges, des fourmillements aux extrémités tandis qu'une marche ébrieuse et talonnante avec élargissement du polygone de sustentation s'installe. Nous lui faisons des injections de vitamines B, des médications vasoconstrictives, puis vasodilatatrices . . . . Rien n'y fait . Voulant éliminer un stratagème pour se faire supprimer le produit, nous luis donnons un placébo. Au bout de quinze jours, la malade marche bien, n'a plus de vertiges , plus de fourmillements . Nous redonnons alors 250 mg puis 500 mg de M. sans troubles, mais actuellement la malade réclame un digestif alcoolisé chaque jour : il s'agit d'un petit verre de sirop de cassis qui pour elle est un pur jus de fruit sans alcool, la malade a eu en dose totale 135 g de M. en 3 mois .

Observation n° 73 :

Après deux mois de traitement à 2 g de M. cette malade nous signale des tremblements, des vertiges et quelques lipothymies qui semblent s'arranger en diminuant la prescription à 1, 5 g par jour . Pourtant il lui reste quelques fourmillements des extrémités . Notre malade précise qu'elle ne boit plus car elle remarque qu'en buvant de la bière qu'elle trouve amère, elle a une augmentation du fourmillement dans les mains. C'est alors

qu'elle présente une phlébite du membre inférieur gauche. Nous arrêtons la thérapeutique . Un mois après alors que la phlébite est guérie , que tous les troubles ont disparu, nous la mettons sous placebo . Elle goûte du vin et trouve que son dégoût persiste . Elle a eu une dose totale de 120g avant l'arrivée des troubles .

Observation n° 75 :

Notre malade que nous avons perdue de méningite tuberculeuse a présenté au bout de quatre mois à 1, 5 g de M. des douleurs aux jambes à type de fourmillements, qui se sont étendues aux bras et aux mains . Nous avons retrouvé un élargissement de son polygone de sustentation et une démarche ébrieuse . . . Puis au bout de quinze jours alors que nous venions d'arrêter la thérapeutique, elle a présenté un tableau infectieux à 38° avec hypersudation , hypoesthésie des extrémités, une diminution de la sensibilité profonde, une démarche pyramidale, sans signes de Brudzinski, ni raideur méningée, devant ce tableau auquel il faut ajouter une céphalée importante sans stase au fond d'œil, nous pratiquons une ponction lombaire qui nous signe une méningite tuberculeuse typique . Cette observation est malheureusement intéressante dans le sens où les troubles de surdosage dûs au M. nous ont caché le début des troubles de méningite tuberculeuse . La malade a eu en dose totale 200 g de M. en quatre mois avant le début des troubles .

Observation n° 79 :

L'observation de Mme B. . . 51 ans, est intéressante à trois points de vue .

- Avant la cure, elle souffrait de douleurs gastriques qui ne sont pas revenues .

- Succès total, et actuellement elle n'a plus que 250 mg par jour de M.

- Elle a présenté après trois mois de thérapeutique à 1, 5 g par jour des tremblements et des vertiges

" comme si elle était étourdie le soir comme si elle était ivre", alors qu'après trois essais de boissons alcoolisées tout au début, elle n'en a jamais repris ni à l'H. P., ni chez elle . Ces troubles ont disparu en diminuant le M. à 0,5 g par jour . Cette personne a donc pris à dose totale 135 g en trois mois avant l'arrivée des troubles .

Au terme de ces 4 observations, nous pouvons donc isoler un syndrome de surcharge au M. Après une imprégnation importante variant de 1 à 2 g par jour suivant les personnes, peut apparaître en quelques jours une langue blanche pâteuse qui serait peut-être le signe de doses maximales qu'il ne faut pas dépasser pour une prescription au long cours .

Puis après une dose totale variant de 120 g en deux mois à 200 g en 4 mois, apparaissent successivement quelques vertiges, puis dans les jours qui suivent des fourmillements d'abord dans les jambes, puis dans les mains et les bras; arrivant à une démarche ébrieuse avec élargissement du polygone de sustentation et talonnage , susceptibles de régression puis de disparition totale par diminution de la dose journalière du produit .

2° - CONSTATATIONS ET PHENOMENES DE GROUPES OBSERVES DANS CERTAINS SERVICES HOSPITALIERS LORS DE L'EXPERIMENTATION DU METRONIDAZOLE SUR 23 PATIENTS.

La constatation dans certains services d'échecs à répétition se traduisant toujours par l'interruption du traitement nous a conduit en comparant avec d'autres services où les succès étaient probants, à envisager de plus près les phénomènes de groupes se passant au niveau des services eux-mêmes . Or, nous avons constaté, par exemple, dans une unité de soins dont nous allons donner les résultats ci-dessous que le traitement échouait systématiquement. L'équipe soignante obtenait de mauvais résultats , or elle discutait le traitement croyant indispensable le

sevrage total . Nous nous proposions de faire une réunion de groupe lorsqu'à l'occasion du changement du chef de service, les résultats s'améliorèrent sensiblement . Ce qui semble montrer que lorsque le groupe ne pouvait pas donner libre cours au sadisme, il se trouvait frustré et alors les résultats étaient mauvais ... alors qu'après changement du chef de service (ce qui provoqua une remise en question de toutes les habitudes acquises...) les résultats changèrent aussi .

A / Cures de désappétence en services de médecine générale du Centre Hospitalier Régional :

Les résultats montrent 8% de succès après un an, suivant le schéma ci-contre :

	Cure	3 à 6 mois	6 à 9 mois	9 à 12 mois	12 à 18 mois
n° 85 à 96	41%	17%	8%	8%	8%

que nous détaillons suivant l'unité de soins :

	Nbre de malades	+++	++	+	échecs
1er service	6	0	0	0	6
2e service	6	1	3	1	1

+++ = bons résultats après 6 mois
++ = bons résultats après 3 mois
+ = bons résultats immédiats

1er Service de Médecine Générale :

100 % d'échecs . Que s'était-il passé ? L'interne et la surveillante discutèrent dès le début l'efficacité du Flagyl comme thérapeutique de l'éthylisme chronique, car le personnel soignant considérait dans ce service l'alcoolisme comme un vice, et l'alcoolique comme un rebus de la société . Il est à noter qu'il n'y a eu aucune psychothérapie valable exercée sur ces malades du fait des tensions s'exerçant dans l'équipe thérapeutique et de ce fait on pourrait parler de rejet des malades qui demandèrent leur sortie avant la fin de la cure .

2ème Service de Médecine Générale :

Un échec, un succès franc , trois succès immédiats non contrôlés et un cas douteux sur six malades .

Observation de succès franc : Monsieur S. . 43 ans, est soigné pour un ulcère d'estomac . Il a subi en 1967 une cure de désintoxication à l'espéral qui se solde par un échec . Il est orphelin de père . Depuis son enfance, il se sent en infériorité car il ne voit que d'un œil, l'autre ayant été brûlé accidentellement quand il avait cinq ans . Il s'agit d'un buveur d'habitude, d'après lui, mais qui se trouve nettement plus sûr de lui lorsqu'il a absorbé quelques verres de vin ou de bière . Nous lui donnons 1, 5 g de M. par jour en lui expliquant qu'il s'agit d'un traitement pour l'aider à boire le moins possible. Le 13ème jour, il trouve le vin normal, mais n'en boit qu'un verre par jour . Il continue son M. à la dose de 1, 5 g pendant deux mois, puis à 1 g pendant deux mois de plus, enfin , nous arrêtons le traitement . C'est alors qu'il lui est fait une plastie pour son œil . Pendant son traitement, il n'a jamais dépassé un verre de vin par jour qu'il a bu avec plaisir . Cela fait maintenant neuf mois que nous le suivons . Il a donné entière satisfaction sur trois points :

- il ne dépasse jamais un demi-litre de vin par jour
- il est très content de la plastie et se trouve maintenant normal
- il est parfaitement inséré socialement .

Observation de l'échec : Il s'agit d'un retraité sabotier qui arrive pour une phlébite de membre inférieur et qui se plaint de ne plus supporter le vin comme avant . En effet, "à partir d'un litre, un litre et demi dans la journée ça ne va plus" nous dit-il ! Il a des cauchemars à type de zoopsie, des crampes , il est anorexique,a des pituites matinales . Après dix jours de M. à 1 g par jour il a un énorme plaisir d'avoir le droit, lui , de boire du vin à midi ... "c'est pas comme tous ces poivrots à qui on est obligé de l'interdire" ! Il nous dira après "qu'ici, à l'Hôpital, comme je ne me fatigue pas, je n'ai pas soif, alors ça me suffit, mais chez moi ... ! "Effectivement, quelques temps après sa sortie, il est enchanté de son séjour et des médicaments qui l'ont remis sur pied, qui lui permettent maintenant (il ne les prend plus car "il est guéri") de manger et de boire comme avant !

Dans ce cas, il n'a été apporté aucune aide psychothérapique, aucune explication au malade .

Observations rapides sur les autres cas :

- C'est un alcoolique chronique d'habitude qui réclame depuis son admission, tous les jours son verre de vin pour manger . Il est à 1,5 g de M. au bout de dix jours d'imprégnation, nous autorisons le vin . Il boit pendant trois à quatre jours, puis s'arrête car il n'en a plus envie.

- Monsieur B..48 ans, papetier, fils d'éthylique, suivant la tradition familiale, a augmenté son inhibition alcoolique lors d'ennuis familiaux . Il arrive en D. T. Après une bonne désintoxication classique, nous l'imprégnons en M. à 1,5 g par jour . Après dix jours, le vin lui est autorisé, il en boit un verre et a envie de rendre . Le lendemain les mêmes nausées reviennent, alors il n'en prend plus ....

Nous devons noter que dans ce service nous n'avons le premier mois obtenu aucun résultat positif, car dès le début , alors que le Patron, l'Assistant et l'Interne nous laissaient entière liberté de mouvement quant à la thérapeutique au M. nous avons eu l'impression que le

personnel infirmier se trouvait frustré du fait que le vin était permis à certains malades et particulièrement à des alcooliques car "jusqu'à présent le Patron interdisait la moindre goutte d'alcool à nos malades ..." en référence au "père", et supériorité de caste des soignants sur les malades, "nous sommes les seuls qui pouvions boire un verre de vin à table dans le service " .... Là nous avons nettement senti le phénomène de groupe rejetant les alcooliques . Il aura seulement suffi d' un changement de chef de service, ce qui apporta une modification des habitudes acquises, pour que les résultats immédiats se fassent meilleurs .

B / Cures de désappétence en H. P. avec forte opposition du personnel infirmier vis-à-vis du médicament ou de l'alcoolique, suivant l'unité de soins .

Les résultats exprimés en succès sont les suivants :

	Cure	3 à 6 mois	6 à 9 mois	9 mois et plus
11 malades n°96 à 106	69%	55%	9%	?

D'emblée, nous avons senti chez les infirmiers de ces unités de soins une mise en doute de la valeur du produit qui allait contre les habitudes "normales" de la technique de privation du disulfirame : "que voulez-vous que votre produit leur fasse puisqu'il ne les empêche pas de boire!" Donc , là aussi nous assistons à un phénomène de groupe développant les tendances sadiques sur l'alcoolique .

	Age	Sexe	Diagnostic	Cure Antér.	Résultats ++	+	-	Doses	Troubles second.	Commentaires
96	24	M	Caractériel épileptique	0			-	1	R.A.S.	Pas de mauvais goût.
97	33	M	Autolyse	0		+		1,5	R.A.S.	Plus envie de boire
98	31	M	Dépressif	2		+		1,5	démang.	Réaction Antabuse
99	40	M	Pré-D.T.	3	++			1,5	doul.	Plus envie de boire
100	36	M	Volontaire	2		+		1	R.A.S.	Mauvais goût
101	61	M	Hypomane	1			-	1,5	R.A.S.	boit comme avant
102	49	M	Pré-D.T.	7			-	1,5	R.A.S.	cont. boire
103	55	M	Débile	3		+	-	1,5	Gastrite	arrêt ttt.
104	59	M	Confusion	7			-	1,5	R.A.S.	arrêt ttt.
105	60	F	Mélancolie	0		+		1	R.A.S.	Mauvais goût
106	33	F	Dypsomane	0		+		1	Rechute caract.	Mauvais goût

++ = Bons résultats après 6 mois.

+ = Bons résultats immédiats.

- = Echecs.

Dose : Exprimée en gramme.

Il est nécessaire d'être circonspect sur l'authenticité des troubles exprimés chez les sujets n°98 et 103 car il s'agit d'éthyliques chroniques très ennuyés par le fait que le Flagyl les empêchait de boire normalement, ils ont fait du chantage pour faire arrêter ce produit ;l'un nous a avoué qu'après en avoir pris une semaine, il s'arrangeait pour aller le cracher dans les W. C. à cause du goût détestable qu'il communiquait à son vin .

Nous pouvons donc noter que dans 7 cas sur onze, l'effet immédiat a été une restriction, un dégoût du vin, dans presque 2/3 des cas . Si nous n'avons obtenu qu'un seul résultat valable à longue échéance, les circonstances n'étaient guère favorables . En effet, la majorité étaient des récidivistes jusqu'à la huitième cure de désintoxication pour certains, habitués aux cures de désintoxication et aux "trucs" pour boire quand même ou pour faire échouer la cure (prise de vin en petite quantité puis augmentation progressive bien connue des malades ayant des implants d'Espéral, dissimulation des comprimés sous la langue et rejet dès que possible . . .) . D'autre part , l'état mental moyen n'était guère favorable non plus : un débile, un hypomane, trois dépressifs dont deux mélancolies vraies . . . Enfin, nous n'avons pu continuer la cure dans cinq cas au-delà de deux mois car trois ne prenaient pas leur médicament dans le but de continuer à boire;pour un autre la cure était inutile car le malade ne pouvait espérer, vu son état mental, sortir dans un temps rapproché de l'H. P. , une autre après un mois de traitement à raison de un gramme par jour a fait une rechute caractérielle avec opposition, éclats de voix . . . nous arrêtons alors le produit et deux jours après, alors qu'elle n'avait plus depuis trois semaines envie ni de bière ni de vin, réclame à cor et à cris de la bière et devant le refus des infirmières de lui en servir sort et va s'acheter dans un café proche de l'H. P. deux cannettes de bière qu'elle ramène fièrement mais n'en boit que la valeur d'un verre ordinaire . . . . .

Le bilan n'est donc pas si mauvais puisque le produit a rencontré chez les buveurs bien décidés à continuer leur imbibition éthylique, une forte opposition après essai dudit produit .

3° - EXPERIMENTATIONS AMBULATOIRES D'EMBLEE DANS LE SECTEUR PRIVE :

Nos résultats portent surtout sur les résultats obtenus par trois médecins-généralistes du département qui nous ont obligeamment communiqué leurs observations; là aussi, nous devons tenir compte de la dose médecin donnée au malade pour interpréter les résultats .

Résultats

		+++	++	±	-	nbre de malades
avec bon contact médecin-malade	ler généraliste	6	1	0	13	20
	2e généraliste	3	1	0	0	4
	3e généraliste	3	2	2	0	7

+++ = succès de long cours
++ = succès datant de moins de 6 mois
+ = douteux
- = échec

Soit en fonction du temps et du contact Médecin-Malade

	0 à 3 mois	3 à 6 mois	6 à 9 mois	9 à 12 mois	12 à 18 mois
bon contact médecin-malade	82	82	55	55	-
sans contact à visée psycho thérap.	35	35	30	-	-

1er Médecin-généraliste : sur 20 cas : 6 succès .

Notre confrère entreprend le traitement à l'insu du malade en commençant par 750 mg/jour pendant un mois, puis il diminue à 500 mg et enfin à 250 mg/jour , très vite (dans les trois mois qui suivent) ainsi n'a-t-il jamais eu de troubles secondaires .

Il a ainsi traité une vingtaine de cas en majorité des hommes, alcooliques d'habitude. La plupart de ses échecs sont dûs au fait que l'alcoolique n'a pas suivi la thérapeutique et ce pour plusieurs raisons .

1- Chez cinq sujets "bien en mains", une rupture de stock de Flagyl de leur pharmacie a interrompu pendant une dizaine de jours leur traitement . Leur envie de boisson alcoolisée considérablement atténuée pendant la thérapeutique ("mauvais goût", etc.) leur revient après quelques

jours d'arrêt . La relation immédiate avec le traitement est faite : "c'est votre Flagyl qui m'empêchait de boire. Ce n'est pas la peine de m'en redonner car je ne le prendrai plus . . ." et même certains firent de la contre-propagande sur un autre malade susceptible d'être mis sous Flagyl .

2- Chez d'autres, le prospectus du produit avec ses indications (vaginite. . . etc) a fait arrêter la cure . . .

3- Enfin dans deux cas au moins , la diminution du "besoin du vin" a été ressentie comme un signe alarmant par le malade, qui de plus fut "mis en boîte" par ses bons amis de chantier pour qui ne plus boire son litre en travaillant est une preuve de non virilité et d'exclusion du groupe . . . d'où une certaine méfiance à l'égard de ce médicament, voire un ressentiment d'avoir été pris pour un ivrogne .

Il est à noter que dans un seul cas sur les 20, le produit n'a eu aucun effet sur le "goût" et l'"envie de boire" et que l'imbibition se portait bien . . .

Il est à noter que notre confrère employant le médicament anti-éthyl à l'insu de ses clients, n'a pas utilisé le contact psychothérapie qu'il réserve aux éthyliques légers qui viennent lui demander secours et à qui il prescrit une vitaminothérapie intensive .

2ème Médecin-Généraliste:

Notre confrère nous confie ses résultats sur 4 cas où il expérimente le M. , et qui sont trois succès et 1 cas à discuter .

Il emploie une relation à visée psychothérapique associant le M. , dans un premier mois à la dose de 1, 5 g; puis il descend à 1 g, puis 750 mg et au bout de 6 mois il ne prescrit plus le produit que par cures discontinues de trois semaines de consolidation .

Dans les trois premiers cas, après 15 jours de traitement (alcoolique chronique d'habitude, un de compensation et un épisodique des week-end) nette diminution de l'imbibition puis, soit écœurement, arrêt total (2 cas), soit restriction stricte de la consommation (un verre de vin par jour) dans un cas . Le succès après 9 mois est total même dans les périodes sans thérapeutique au Métronidazole .

Dans le dernier cas, il s'agit d'un jeune de trente ans chez qui le premier essai a été un échec car après trois mois de thérapeutique et de restriction éthylique, il arrête de lui-même son traitement au Métronidazole et reboit ... Après quelques jours, il revient consulter pour chercher de l'aide ... Il reprend son médicament et maintenant va bien depuis deux mois .

Dans deux cas est apparu au bout de 3 mois de M. un diabète à 1,2 g . Après arrêt de M. pendant un à deux mois aucun changement, il faut toujours équilibrer ces diabétiques .

Le Métronidazole ne semble pas forcément en cause .

3ème Médecin-Généraliste :

Il souligne que sa préférence va au M. même si le résultat n'était pas meilleur qu'avec le Disulfirame , car son utilisation ambulatoire ne lui a occasionné aucun incident .

.....

II - ESSAIS EXPERIMENTAUX CHIMIQUES SUR LE FLAGYL .

1°- Etude de la fonction nitrée du Flagyl .

Si à une solution aqueuse, saturée de Riboflavine (réduite par addition d'hyposulfite de sodium) on ajoute une solution de M. on observe une oxydation de la vitamine précédemment réduite .

Le phénomène s'observe d'autant mieux que forme réduite et forme oxydée se différencient par leur fluorescence :

- la forme réduite (leucoriboflavine) n'est pas fluorescente ,
- la forme oxydée est fluorescente .

Nous avons émis l'hypothèse que le Métronidazole serait réduit au niveau de sa fonction nitrée par la leucoriboflavine selon la réaction d'oxydo-réduction suivante :

Leucoriboflavine + Métronidazole NO_2 → Riboflavine + Flagyl NH_2

Nous avons essayé de confirmer cette hypothèse par les expériences suivantes :

a) Etude chromatographique sur papier des deux formes de M. ($M\text{-}NO_2$ et $M\text{-}NH_2$)

- Protocole expérimental : nous avons réalisé des chromatographies ascendantes sur papier Whatman n°3MM.

. solvant : butanol-eau-acide acétique (120-30-50)
. temps de migration : 12 heures
. révélation : Ninhydrine pour le M. -NH_2
Chlorure de Titane puis ninhydrine pour M-NO_2

On réalise 2 spots de M. de 20 microlitres chacun d'une solution à 0,1% l'un des deux spots est pulvérisé avec une solution acétique de $TiCl_3$ (permettant la transformation M-NO_2 $\longrightarrow$ M. NH_2) .

- Résultats : Le Rf, dans le système précité, du M. -NO_2 est de 0,86, le Rf du MM-NH_2 est de 0,50 .

b) Recherche du M. sous forme réduite dans le milieu réactionnel : M -NO_2 + Leucoriboflavine.

Nous n'avons pu mettre en évidence de M-NH_2 en utilisant les techniques chromatographiques sur papier. Nous n'avons pas poursuivi ces essais car il est très difficile d'obtenir de bonnes conditions stoechiométriques de la réaction (La Riboflavine étant difficilement soluble dans l'eau) .

En outre, en pratiquant des chromatographies d'urines de malades soumis à la thérapeutique : M + Riboflavine nous n'avons jamais retrouvé de M. réduit .

2°- Essais d'action in-vitro du M. sur l'ion Cu^{++} .

Ayant constaté chez les alcooliques traités au M. un taux moyen de cuivre assez faible (60 pour 100 cm^3) nous avons émis l'hypothèse que le Métronidazole agirait peut être comme chélateur du cuivre lequel intervient , nous l'avons vu, sur le sens du goût . Mais d'une part en

ajoutant à la ration quotidienne en cuivre de nos patients 10 cg de sulfate de cuivre, pendant dix jours, nous n'avons pas observé malgré de fortes concentrations cuprémiques (200 pour 100 cm^3) de récupération du sens gustatif vis-à-vis du vin, et d'autre part la recherche de l'action in-vitro du M. vis-à-vis de l'ion Cu^{++} a été infructueuse et a montré qu'il ne se fait aucun complexe entre le cuivre et le M.

III - COMMENTAIRES

A/ TABLEAU GENERAL DES RESULTATS

Pourcentage des bons résultats

		Cure	3 à 6 mois	6 à 9 mois	9 à 12 mois	12 à 18 mois
avec assistance psychoth.	C.H.R.	90	65	52	43,4	45
	H. P.	81	66	61	55	
	privée	82	82	55	55	
sans assistance psychoth.	C.H.R.	41	17	8	8	8
	H. P.	69	55	9		
	privée	35	35	30		

Ces résultats entraînent trois remarques :

1- L'utilité de l'environnement à visée psychothérapique du malade nous semble découler des constatations des phénomènes de groupes que nous avons enregistrés tout au long de ces 18 mois d'expérimentation .

En effet, lorsque les phénomènes de groupes sont défavorables vis-à-vis du traitement ou de l'alcoolique, de la part notamment du personnel infirmier ou plus globalement de l'entourage du malade, il se produit un maximum d'échecs . A l'analyse, les tendances sadiques de groupe ne pouvant se développer sur l'alcoolique, il s'ensuit une critique du traitement puis les échecs arrivent . . . Par contre, lorsque les phénomènes de groupes sont favorables et que le traitement aboutit à des succès en série, nous ne retrouvons pas ces tendances sadiques dirigées sur l'alcoolique mais ce sont au contraire une prise en charge, une assistance ferme mais non sadique qui ont joué .

Les réunions de groupe réunissant malades et équipe soignante (infirmiers et médecins) nous semblent donc indispensables .

2- D'autre part, la qualité de l'environnement psychothérapique dépend de la structure plus ou moins contraignante de l'institution d'une part, et de la famille d'autre part . Ainsi, il s'avère que les succès immédiats sont constamment meilleurs au C. H. R. (90%) qu'en H. P. (81%) ; cela tient sûrement au fait que beaucoup d'alcooliques d'H.P. ont un contexte psychiatrique plus pesant (psychose alcoolique, débilité, épilepsie. . .) que ceux du C. H. R. Par contre les résultats au long cours sont constamment meilleurs à l'H. P. qu'au C. H. R. (55% contre 45%), car la sectorisation avec ses dispensaires, les visites à domicile de l'assistante sociale, la peur du décret du 28 Juillet 1955 que l'alcoolique imagine dans une vision terrifiante de la loi de 1838, créent un "surmoi contraignant" qu'il faut savoir manipuler pour garder le contact thérapeutique avec ce malade particulièrement fragile et immature, qui n'a que

trop tendance, s'il sent qu'il échappe à une assistance "sociale" ou "familiale", à choisir la "liberté" de s'aliéner dans l'alcool .

3- Il s'établit donc après un an d'expérimentation que les résultats thérapeutiques avec assistance à visée psycho-thérapeutique oscillent avec le Métronidazole autour de 50% de succès, ce qui est tout à fait comparable au traitement par Disulfirame . Ainsi pour l'Antabuse, Jacopo JAMES (Bâle) dénombre 54% de résultats positifs après un an . PERRIN donne 30% de guérisons durables (a), PAUMELLE en consultations O. P. H. S. suivant le secteur et l'arrondissement en trouve 20 à 40 % ; REQUET cite 33 % et enfin DELFIS et JACQUEMET (Poitiers) donnent 60 à 65% de bons résultats 5 ans après en ajoutant qu'il n'y en a que la moitié, soit 30% du total qui sont réellement abstinents .

B/ LES EFFETS SECONDAIRES DU TRAITEMENT DE LONGUE DUREE AU M.

Changement de boissons alcoolisées .

Chez les éthyliques que nous voyons dont la majorité est un alcoolisme au vin rouge, il se produit fréquemment une dégustation de bière ou de cidre car le goût du vin ne leur "revient plus" . Là deux tendances vont se manifester : un premier groupe, majoritaire, chez les hommes, minoritaire chez les femmes, fait de buveurs qu'une habitude liée à l'environnement avait poussé (par confusion entre l'obligation qu'a le travailleur manuel de boire une quantité importante de liquide, et l'exclusivité

(a) Synthèses Cliniques "l'alcoolisme", 3, page 34.

du vin comme liquide) à boire et que l'on voit diminuer considérablement ses ingestions en boissons alcoolisées, car le vin le dégoûte (il est "amer" , "vinaigre"), le cidre ne lui réussit pas et il n'a pas l'habitude de boire de la bière en dehors de l'été , et encore la bière en cannette et non celle de "ménage" qui n'est "pas très bonne" ! Et puis "pour travailler en France, il faut sa chopine de rouge " !!!

Ainsi par essai et abandon successifs il en arrive à diminuer (il coupe d'eau son vin) voire à arrêter toute imbibition .

Par contre le second groupe se met à boire, si cela n'était pas déjà de la bière, du cidre ... ou continue à boire son vin car le "mauvais goût" provoqué par le M. et qui d'après les malades est plus électif au vin, ne gêne pas beauboup ces malades qui cherchent les effets de l'alcool . Bien sûr, c'est dans ce groupe que se recrute la majorité des échecs et notamment des échecs d'emblée .

Ainsi avons-nous, sous l'effet du M. isolé deux groupes répondant en gros d'une part à l'alcoolique d'habitude dont la conduite répond à un conditionnement extérieur, mais aussi à un esthétisme gustatif jusqu'à une période avancée de son imbibition, après laquelle il se comporte comme un alcoolomane ; et d'autre part, les alcoolomanes primaires ou secondaires à un alcoolisme d'habitude chez lesquels la part gustative intervient peu , voire pas du tout .

Il est à remarquer que nous ne faisons pas intervenir dans cette classification le besoin physique d'alcool caractérisé par la crise de sevrage car cette assuétude physique peut se rencontrer dans les deux catégories précédentes de malades .

Les effets secondaires d'intolérance:

Sont généralement à type de troubles digestifs : langue pâteuse, blanche (13%) , augmentation de poids le premier mois (12%) anorexie par la suite (12%) . Mais il est assez fréquemment rencontré quelques vertiges (subjectifs : pas de chute) dans 10% des cas ; nous avons observé deux cas réellement constatés à type d'ébriété , avec élargissement du polygone de sustentation, talonnement, marche en zig-zag les yeux fermés, et démangeaisons des extrémités .

Puis 5% de rechute psychopathique et diminution de la libido (a) surtout chez l'homme .

Par contre, nous avons eu 4 cas d' ulcus gastro-duodénaux guéris symptomatiquement à l'occasion de la cure de désappétence .

Devant un processus relativement identique chez quatre patients, nous pouvons émettre l'hypothèse d'un syndrome d'intolérance au M. après de trop grosses doses :

- Dans un premier temps, le malade reprend du poids, il a une langue pâteuse .. et dégoûté surtout du vin, il boit de la bière, du cidre (en plus ou moins grande quantité).

- Dans une deuxième phase après 150 à 200 grammes de Métronidazole en deux mois, s'installe une inappétence généralisée aux boissons alcoolisées, mais certains sujets continuent et leur traitement et une consommation minime d'alcool (ex. 1 canette de bière par jour) et alors peut s'installer une anorexie . Puis si la thérapeutique n'est pas diminuée , apparaissent des démangeaisons, des picotements des extrémités (pieds, jambes, puis mains et bras),

(a) Cf. C.M. n° 16 du 20/4/63 où C. KOUPERNIK (pages 2553-4) explique les raisons de chute de la libido lors de toutes cures de désappétence (perte de sa virilité car rejeté des groupes "joyeux" alcooliques et manque de l'alcool qui desinhibe).

sans noter de signes neurologiques précis, malgré des signes d'augmentation du polygone de sustentation, de marche en zig-zag . Nous n'avons jamais trouvé de Romberg, de déviation des index, de troubles de la sensibilité profonde .

- A l'arrêt de la thérapeutique les troubles disparaissent sans séquelles et une reprise de M. à dose basse (250 à 500 mg par jour) n'entraîne pas de retour de ces troubles .

Il est à remarquer que dans deux de ces cas, les malades avaient une polynévrite éthylique antérieure à l'administration du Métronidazole .

Les examens de laboratoires :

Tests hépatiques, Numération Formule Sanguine, E.E.G., urée, glycémie, électrophorèse n'ont montré dans les cas où nous avons pu faire des contrôles avant et après traitement, aucune modification notable . Par contre, le taux du cuivre sérique a été plusieurs fois rencontré à un taux faible, 60 à 80 µg par 100 cm^3 de sérum, après traitement au Métronidazole .

C/ INTERET DE L'ETUDE DES ECHECS :

Si nous n'avons jamais trouvé de rechutes sous Flagyl chez des personnes qui avaient subi le traitement hospitalier avec succès , par contre certains malades n'ont pas eu de modification de leur appétence et si leur tolérance était moins bonne, cela ne les empêchait pas de boire un à deux litres de vin ou l'équivalent en bière, cidre . . . , telles les observations 27 et 53 . Dans ces deux cas, il ne s'agit pas de buveurs d'habitude purs, mais de personnalités pathologiques ayant subi pour l'un de grosses frustrations infantiles qui s'étaient résolues dans le vin que son environnement utilisait habituellement, et l'autre est un

ancien traumatisé crânien se présentant avec un "syndrome frontal" fait d'irritabilité et d'instabilité .

Dans la majorité des autres cas, le malade arrête son médicament et se remet à boire, soit parce que le sujet interprète sa diminution de boisson comme une preuve alarmante de non-virilité et d'exclusion de son groupe de travail, soit parce que le prospectus du produit donne des indications anti-Trichomonas qui sont interprétées comme une atteinte à la virilité de l'homme (vaginite) et peuvent entraîner des tiraillement dans le ménage , le conjoint croyant que l'époux ou l'épouse a contracté une maladie vénérienne. .,soit parce que le malade arrête ses médicaments parce qu'il ne veut plus "se droguer" ...Alors il s'aperçoit que le "goût du vin" lui revient .... Tous les cas se rapportent toujours à un relâchement du transfert positif que fait le malade vers son médecin, relâchement d'autant plus facile que le malade est plus fragile , ce qui explique la difficulté de soigner les alcoolomanes qu'ils soient primaires ou secondaires .

Enfin, il ne faut pas oublier le bénéfice que l'on peut retirer des échecs pour le malade lui-même . Ainsi l'observation 24 est celle d'un artiste qui s'est fait désintoxiquer plusieurs fois au Disulfirame, contraint et forcé, et c'est ainsi qu'il arrive une nouvelle fois . Nous le mettons sous Métronidazole, il réduit sa consommation, il sort ... et quelque temps après, il revient spontanément pour se placer sous la protection de l'équipe thérapeutique car il recommençait à boire ... le bénéfice certain dans ce cas sur la cure de désintoxication classique , c'est que le malade ayant exclu de la relation malade - médecin, l'interdiction de l'alcool, lui a permis de venir sans culpabilité, chercher du secours près de l'équipe thérapeutique pour se protéger de l'angoisse, plutôt que de continuer à s'en protéger au moyen de l'alcool .

Après 18 mois de cure de désappétence chez 135 malades à l'aide de Métronidazole, nous retiendrons :

- que dans une même période, nous obtenons des résultats positifs équivalents à ceux des cures de déconditionnement à l'aide du Disulfirame ;

- que le mécanisme d'action est certainement différent car il ne s'est jamais produit de réaction antabuse, sauf une fois où le sujet s'y attendait , ayant précédemment subi un déconditionnement à l'aide du Disulfirame, par contre la distorsion du goût aux boissons alcoolisées est très nettement affirmée par la majorité des malades .

- que les sujets qui ont essayé de boire sous Flagyl, comme avant, ont été obligés de diminuer leurs doses car leur tolérance à l'alcool est nettement diminuée ;

- que le Métronidazole, comme tout médicament a un effet placébo positif non négligeable mais qui n'est pas suffisant par lui-même car il faut y ajouter nécessairement une assistance psychothérapique contraignante et souple à la fois, à visée restructurante ;

- que cette thérapeutique a de biens meilleurs résultats chez l'alcoolique chronique que chez l'alcoolomane primaire ou secondaire ;

- que dans certains cas les plus favorables, elle peut être appliquée en cure ambulatoire d'emblée, par le généraliste formé à la technique, après contrôle du sujet par un psychiatre .

Le Métronidazole est donc un médicament qui grâce au mauvais goût qu'il confère aux boissons alcoolisées permet la rupture du cercle vicieux de l'appétence et l'ouverture de l'alcoolique à une psychothérapie qui , sans obligation d'abstinence totale d'emblée, doit amener le malade en quelques mois ou années à ne plus avoir besoin de l'alcool pour régler ses problèmes et donc à être abstinent ou tempérent .

D
ETUDE DES MECANISMES D'ACTION

Nous avons vu précédemment avec évidence que le Métronidazole intervient dans le métabolisme de l'éthanol mais que son mode d'action et son point d'impact métabolique étaient discutés .

En effet, d'un point de vue organique, permet-il de briser le cercle biologique qui peut être à l'origine de l'état de besoin ? Modifie-t-il le goût ? A-t-il des effets antabuses communs avec le Disulfirame ?

Tout ceci pose d'énormes problèmes quant à son action physio-chimique ; or, nous avons constaté des réactions de groupe à l'intérieur des services dans lesquels le Métronidazole est employé et dans l'entourage des malades eux-mêmes, qui sont significatives de la gêne qu'apporte la technique employée avec ce produit sur le développement du sadisme du groupe sur l'alcoolique . L'importance de tels phénomènes de groupes nous a fait envisager un autre aspect du problème déjà entrevenu par de nombreux auteurs qui préconisent, d'une manière générale, une psychothérapie de soutien dans le traitement de l'éthylisme chronique, quelle que soit la technique de désappétence chimio-physique évoquée .

Peut-on concevoir alors le Métronidazole comme inducteur de la psychothérapie ? Comment peut-on interpréter l'interférence chimique et psychologique ?

1°- CONSTATATIONS RELATIVES AU MECANISME D'ACTION .

Tout au long de cette expérimentation, nos observations ont été orientées par les malades vers leurs préoccupations gustatives et par l'attitude du groupe sociologique médical face au traitement de l'alcoolique chronique .

a) La perturbation du goût aux boissons alcooliques

- Le Métronidazole induit une distorsion du goût au vin.

Spontanément nombre de malades sous M. se plaignent de troubles mineurs des voies oro-buccales, bouche pâteuse, langue saburrale... qui nous permettent de nous enquérir de leur état gustatif "déplorable" quant aux boissons alcooliques qu'ils trouvent mauvaises, amères.. Cette référence au goût est nettement plus fréquente avec le M. qu'avec le D. car si 90% des patients sous M. n'aiment plus le goût du vin, par contre, dans une enquête menée parmi 25 hommes en cure de désintoxication au D. pris au hasard dans le cadre d'un service d'H. P. , nous pouvons donner le tableau suivant :

25 malades sous D	Pourcentage vin écœurant	vin piqué	vin normal
lors de la cure active	28 %	36 %	36 %
à la fin de la cure active	12 %	28 %	60 %
trois mois après		25 %	75 %

Si au D 64% des alcooliques interrogés ont avoué un changement de goût au début de leur cure, il n'en reste que 25% après quelques mois de traitement qui éprouvent la même distorsion gustative . Par contre, sous M. l'action gustative est constante au long cours . Quelle que soit la prescription associée, l'état mental du sujet, si le patient est capable avant le traitement de discerner un vin ordinaire d'un vin aigre, l'absorption de M. entraînera une telle amertume à la boisson alcoolisée.

Cette distorsion gustative est induite par le M. chaque fois que le sujet a une relation esthétique gustative avec son breuvage, car une telle relation implique une valeur culturelle liée intimement à "l'instinct de nutrition" (MINKOWSKI p. 214) (106), ce qui rattache d'une part "le sens du goût à la vie élémentaire des instincts et l'éloigne aussi des autres sens" et d'autre part ce qui "établit comme un contact plus intime, plus électif entre notre corps et l'objet goûté" car le sens du goût contrairement aux autres sens n'est pas "directement exposé aux influences extérieures", car le fait de mettre un aliment ou le liquide dans la bouche permet un contact direct objet-sujet à l'abri du monde extérieur . Cette relation gustative est analysée par MINKOWSKI en ces termes :

> "... goûter", m'isole , avec ce que je goûte, de mes semblables, en me permettant de m'approprier d'une façon particulière une parcelle de la vie ambiante, sans que j'éprouve le besoin de me préoccuper de ce qu'en pensent ou de ce que font à ce moment les autres (. .). Quand je goûte quelque chose, je le fais toujours d'une façon individuelle" (p. 213) .

La relation gustative apparaît donc comme la plus individuelle des sensations et donc pose sur un plan phénoménologique "l'opposition entre l'individu vivant et l'objet avec lequel il entre, de façon vivante également, en relation , en le faisant émerger d'une façon caractéristique du devenir " (p. 212) .

Avec MINKOWSKI si l'on peut placer le plaisir gustatif sur le même plan esthétique que l'œuvre d'art, il faut toutefois le mettre largement au-dessus du simple plaisir sensoriel car il implique une valeur culturelle de la "vie journalière", d'un "usage plus courant" qui a quelque chose de "populaire" en elle . Ainsi, les personnes qui boivent pour autre chose que le plaisir gustatif ainsi défini, c'est-à-dire à un autre niveau que celui de l'oralité , pour avoir une sensation de plénitude stomacale ou une participation à un plaisir collectif, ne mettent pas ce plaisir individuel gustatif dans la relation avec l'objet. Ainsi MINKOWSKI explique un fait constaté dans notre expérimentation : ce sont les sujets en général de niveau culturel faible, mal insérés socialement, qui ne peuvent bénéficier de cette thérapeutique .

- Physiopathologie de cette distorsion gustative au vin:

L'action favorable qu'exercent le Métronidazole et ses principaux métabolites sur l'action anti-ulcus (136) indique clairement que le médicament et ses dérivés passent dans le tube digestif . Des auteurs en auraient retrouvé dans la salive (*a*) ce qui n'a rien d'étonnant puisque l'on y retrouve fréquemment les mêmes métabolites d'élimination que dans les urines . Comme nous l'avons déjà dit page 42 , les protéines gustatives spécifiques servent d'intermédiaires entre l'excitant et la cellule sensorielle, aussi l'on peut imaginer que le M. intervienne soit en bloquant soit en modifiant les protéines sécrétées pour donner un goût unique au vin qui soit une sensation d'amertume . Le M. peut agir, en tant que tel soit sur l'éthanol , soit sur un autre des 249 constituants du vin (cf. Ière partie) mais il faut remarquer que cela marche avec n'importe quelle sorte de boissons alcoolisées . Aussi une expérimentation est en cours pour essayer de répondre à cette question : sur quels constituants des boissons alcoolisées ce produit interfère-t-il ?

(a) RODIN et al. - Flagyl in the treatment of Trichomoniasis. Brit. J. Vener. Dis. 1960, 36, 147-151.

Nous avons émis l'hypothèse, également, que le Métronidazole et/ou ses dérivés pourraient éventuellement jouer un rôle chélateur sur un métal, et nous avions pensé au cuivre ce que les résultats récents semblent avoir infirmé (cf. page 204).

- Le Métronidazole n'agit pas seulement physiologiquement au niveau périphérique car il est décrit (114) comme un corps psychotrope à effet central, dont l'action n'a pas été clairement précisée.

DIVERSI et GALLIZIA classent les psychotropes en fonction de leur action sur le sens gustatif, or si les neuroleptiques ont tendance, en général à diminuer la perception gustative vis-à-vis de l'amer et de l'acide, par contre les analeptiques simples du S.N. comme : l'Heptaminol et les psycho-analeptiques comme l'Amitryptiline augmentent la perception de l'amer ... ce qui serait une manière simple d'en rapprocher le M. puisque ce dernier donne une amertume au vin.

TAYLOR avait noté plusieurs cas de perturbations endocriniennes sous M., non confirmées depuis, qui seraient peut-être à rapprocher des agueusies retrouvées chez des rats castrés (*a*). Il ne nous semble pas devoir retenir cette voie car nous n'avons jamais retrouvé de syndromes endocriniens imputables au M.

Le Métronidazole offre la possibilité aux thérapeutes d'atteindre l'alcoolisme chronique au niveau de la dépendance orale car le malade va éprouver une expérience de trahison de la part de son sens gustatif, expérience ressentie d'emblée comme extérieure à lui-même, aussi va-t-il vérifier que sa boisson n'a pas été trafiquée, puis va-t-il essayer d'autres boissons avant de réduire ses ingestats ... enfin, il pensera à la possibilité de relation entre le M., et ce changement de goût ... c'est là

(a) Cf. Rappel physiopathologique du goût. Ière Partie.

que le contact à visée thérapeutique, souple et contraignant à la fois, permettra d'expliquer au malade que l'alcool est mauvais pour tout l'organisme comme il l'est devenu pour son goût .

Le Métronidazole ayant une action orale entraîne une relation d'un autre niveau permettant un meilleur contact de la relation avec le malade car il apportera chaque jour le soutien dont le patient a tant besoin et celui-ci dégagé d'une relation négative (interdiction) avec l'alcool, conservera d'autant plus facilement la relation positive qu'il a avec son thérapeute .

b) Attitude de l'équipe médicale vue en tant que petit groupe face au traitement de l'éthylisme chronique .

Le thérapeute nous semble-t-il passe habituellement par trois étapes dans sa relation avec le malade alcoolique . Le premier mouvement est une réprobation , une agressivité de défense, qui se retrouve dans la littérature sous des titres du genre : "La répression de l'alcoolisme chronique ..." Donc, ce n'est pas l'alcoolique qui s'oppose réellement au "bon" groupe , mais ce "bon" groupe qui exclue l'alcoolique tout en continuant à boire et à favoriser l'alcoolomanie par ses mœurs . Cette attitude de réprobation est donc très ambivalente .

Le second mouvement est paternaliste . Lors de l'accession de l'alcoolique au rang de malade, ce qui en réalité ne le désaliène pas, mais permet de se faire une "bonne conscience" collective .

Enfin, la troisième étape est celle de la "réintégration" du malade dans le monde des gens considérés comme normaux dans le sens de la lettre de Paul VI au 14ème colloque International sur l'Alcoolisme de Milan , c'est-à-dire une réintégration dans toute la valeur humaine du sujet .

Deux attitudes nous ont particulièrement frappé durant notre expérimentation :

- le mythe du "tout ou rien" est érigé en postulat parmi le personnel infirmier, aussi est-il très difficile de faire accepter la boisson alcoolisée dans les services dans des conditions normales et chaque fois le personnel médical a vécu cette intégration officielle sur un mode frustrant . C'est le cas d'infirmiers qui, dans un service de médecine générale, avaient fait référence au Chef de service vécu sous l'angle d'une image paternelle, (malgré son accord) , pour ne pas donner du vin à table à un groupe de malades alcooliques car "jamais, avant, on n'aurait fait entrer un seul verre de vin dans le service" . . . alors qu'eux-mêmes en buvaient normalement à table !

Ce comportement frustrant de l'équipe thérapeutique à l'égard de l'éthylique apparaît dans cet exemple comme caractéristique de l'agressivité latente et du sadisme déployés envers le malade .

Ces faits vont dans le sens des désirs profonds qui caractérisent la personnalité de l'éthylique qui cherche à être frustré, qui aime se rendre dépendant et à souffrir. . . . car c'est un masochiste .

- Comme nous l'avons déjà décrit , nous rapporterons à nouveau ce qui s'est passé dans un service de Médecine Générale dans lequel les malades ont pu subir entièrement l'effet du M. grâce à une certaine baisse de tension et de détente à la suite de l'arrivée d'un nouveau Chef de Service et d'un nouvel Interne . Donc l'ambiance dans laquelle se fait le traitement est très importante puisqu'elle prend une part active dans les résultats .

c) Une ouverture psychothérapique particulière semble possible avec le M.

La base de déconditionnement repose sur une relation gustative avec le Métronidazole, ce qui est différent du mécanisme du Disulfirame qui, même s'il suppose

la transformation du bon objet en mauvais objet absorbé, repose essentiellement sur les réactions nocives qui apparaissent secondairement et ne correspondent plus à la satisfaction orale mais qui entraînent une affinité contraire .

Le D. n'agit pas simplement sur un plan oral mais intervient en développant les tendances sado-masochistes de l'alcoolique en le rendant un peu plus masochiste pour lui-même en subissant les épreuves, et un peu plus sadique pour les autres en les frustrant d'alcool à son tour . C'est ce que l'on retrouve dans les associations de buveurs guéris chez lesquels nous avons rencontré une certaine opposition vis-à-vis du M. qui est un produit permettant de boire de l'alcool, ce qu'ils n'acceptent pas en référence à leur principe de base d'interdiction absolue de boire quelque boisson alcoolisée .

La relation alcool-sujet va se faire sur un autre mode : la prise de contact avec l'alcool se trouve modifiée et ne représente plus l'élément agréable et valorisant (le bon aliment), ainsi le patient n'étant plus considéré comme dans une dépendance absolue à l'égard de l'alcool dont la suppression sur le mode autoritaire entraînait une disparition symbolique de sa puissance virile, l'alcool, de bon objet , ne devient plus le mauvais objet comme dans la thérapeutique au D. , mais prend un caractère neutre .

Ce n'est plus alors en référence à lui que l'alcoolique va organiser son comportement à l'égard du thérapeute, en s'abstenant pour lui plaire ou en absorbant pour témoigner son agressivité .

Alors, des problèmes plus fondamentaux pourront être envisagés sans référence à l'alcool .

. . . . . .

2° - INTERPRETATION DE CES RESULTATS

a) La personnalité de l'éthylique à la lumière des thérapeutiques agissant sur le déconditionnement apparaît donc essentiellement sado-masochiste et orale, ce qui représente des niveaux de fixation ou de régression pré-génitaux impliquant donc une certaine ambivalence "entre le désir de destruction de l'objet et le désir de soumission totale à l'objet, qui est une autre façon de l'incorporer" (p. 380) (49).

Cette faiblesse de la personnalité alcoolique nécessite donc le recours obligatoire à la psychothérapie. Or certaines techniques comme l'implant de disulfirame impliquent un danger car elles induisent une attitude contre-psychothérapique. En effet, chez ces malades la cure d'interdiction développe un biais névrotique (le sadomasochisme) en remplaçant une relation par une autre qui est perverse. Le malade ne peut plus fuir ce "déplaisir" à l'aide de l'alcool aussi cet instinct élémentaire (POROT) étant dévié, il peut être interprété comme pervers (a).

b) L'action présumée du Disulfirame et du Métronidazole.

Le M. bouleverse les sensations agréables que le malade éprouvait lors de chaque contact gustatif avec sa boisson. Il crée alors une perturbation dans la relation malade-alcool qui laisse une ouverture au dialogue thérapeute-malade. Tandis que le D. ne laisse pas de voie libre en dehors du spectre de l'alcool car il s'établit une véritable compétition entre l'alcool et le thérapeute qui dit : " c'est moi ou l'alcool". Dans les cures

(a) POROT (123), p. 450.

d'interdiction, l'alcool est toujours présent comme moyen de relation au médecin et il semble bien que les possibilités de guérison de l'appétence de l'alcoolique soient pratiquement impossibles et les "buveurs-guéris" des mouvements anti-alcooliques le disent bien : "nous ne buvons pas car si nous étions guéris, nous pourrions boire normalement", ils ont toujours "envie de boire" (a) . Le malade est donc obligé d'investir l'alcool comme mauvais objet ce qui n'est qu'exploiter un trait de sa personnalité sans chercher à le guérir . Bien sûr il investit oralement à la place de l'alcool son comprimé de D mais ce n'est pas forcément l'élément contraire de l'alcool, il s'agit plutôt d'une défense, d'une sécurité .

Avec le Métronidazole, le comprimé n'est pas en opposition à l'alcool car le patient ne sera pas forcément malade , il modifie son attitude vis-à-vis de l'alcool, tout en le remplaçant et la boisson devient inintéressante.

Contrastant avec le D. qui induit des réactions psychologiques désastreuses par l'incorporation du mauvais objet (alcool), le M. dans notre expérimentation n'a eu que peu d'effets dépressifs;lorsque ces états dysthymiques sont apparus, ils étaient liés au contexte social et familial . Enfin, la relation médecin-malade ne passant pas par l'alcool, il se produit une dédramatisation bénéfique et nous donnerons l'exemple de cette malade sous M., cirrhotique post-alcoolique à laquelle nous avions déconseillé toute boisson alcoolisée d'une manière habituelle en lui expliquant que pour son foie, l'alcool était un poison . Lors d'un repas familial, elle se laissa aller, l'ambiance aidant, à boire un verre de champagne . A la consultation suivante, elle nous le dit spontanément en expliquant qu'elle avait peur que comme pour ses désintoxications précédentes le jour où elle "y remettrait le nez" comme elle le dit elle-même, son envie de boire reviendrait , or, il n'en a rien été ... et cette malade revue régulièrement en dispensaire va bien .

(a) TONUS n° 353, 2 déc. 1968 - "Enquête sur l'alcoolisme".

La possibilité qu'offre cette voie est de permettre une évolution plus favorable de la personnalité de l'alcoolique, qu'avec les méthodes d'interdiction. Dans ces dernières on développe d'une part la tendance sado-masochiste du sujet, et d'autre part, on est obligé de se référer constamment à l'alcool au cours de la relation thérapeutique .

E
CONCLUSION

Pour des résultats qui nous paraissent au minimum aussi bons quantitativement que ceux obtenus par les méthodes d'interdiction ou de déconditionnement, l'intérêt majeur de l'emploi du Métronidazole dans la cure de désappétence est de permettre la possibilité et d'induire une évolution de la personnalité immature de l'alcoolique et de faciliter sa réinsertion, le malade n'étant plus forcé de voir se transformer, sur le plan personnel , malgré lui, l'influence de l'alcool qui de bénéfique et générateur de puissance, devient malfaisant et facteur d'avilissement.

Pourtant, lorsque la dépendance est trop forte, la personnalité trop immature, si enfin sa conduite bibitoire ne comporte aucun élément gustatif mais seulement une incorporation du "bon" objet qui "réchauffe" , alors devant ce comportement alcoolomane il y aurait apparemment plus de facilités et donc intérêt à changer cette dépendance positive en dépendance négative, en soignant ce malade selon une technique d'interdiction (Disulfirame), et il est fort possible d'envisager une combinaison de ces deux thérapeutiques le Métronidazole potentialisant le Disulfirame .

Il semble enfin, que le Métronidazole dédramatise la relation médecin-malade, ce qui permettra en quelques mois pour certains, en quelques années pour d'autres, d'assistance psychothérapique de faire évoluer la personnalité immature de l'alcoolique de telle façon qu'elle n'ait plus besoin d'une conduite toxicomaniaque pour affronter les problèmes de la vie et qu'elle arrête alors toute ingestion ordinaire de boissons alcoolisées ce qui devrait être la règle de tout-un-chacun .

CONCLUSIONS GENERALES

Dans ce travail, nous nous sommes attaché à préciser la notion d'appétence ou désir instinctif, ardent, aliénant, qui porte vers l'alcool propre à satisfaire un penchant naturel ou créé .

Les effets psychotropes de l'éthanol et de ses dérivés sur l'organisme nous ont permis de comprendre la naissance et l'entretien de l'attirance physique pour l'alcool qui au maximum peut devenir un état de besoin proche de la toxicomanie . En effet, l'éthanol a une action pharmaco-normalisante sur les fonctions neuro - végétatives de l'éthylique, en combinant les effets des thymo-analeptiques (I. M. A. O.) et des sédatifs (Réserpiniques) alors que ses dérivés cataboliques excitent l'axone appelant de nouveau l'action dépressive de l'alcool éthylique pour créer le cercle vicieux, alcoolomaniaque . D' autre part, nous avons vu que l'alcool éthylique est un diurétique assoiffant et que de nombreuses hypothèses génétiques et endocriniennes essaient d'expliquer l'appétence .....

Toutefois, remarquons que l'éthanol n'est qu'un des multiples constituants des boissons alcoolisées qui ont été particulièrement étudiés dans les vins par l' Ecole Bordelaise (Professeur GENEVOIS et P. RIBEREAU-GAYON). On leur reconnaît de nombreux effets tant diurétiques, hypnotiques, acidifiants, qu'esthétiques ....ce qui nous conduit

au plaisir gustatif, œnologique, et qui, nous ne pouvons le nier, a un rôle primordial . Cette ouverture culturelle sur le vin nous amène à envisager, alors, la consommation d'alcool selon les degrés d'acceptation sensorielle et psychique qui font intervenir à la fois les qualités physiques des constituants des boissons alcoolisées et le vécu du sujet lors de l'ingestion de ces dernières .

Plutôt que de parler de personnalité alcoolique , il nous semble plus juste d'envisager le sujet éthylique comme ayant une fragilité psychique de natures diverses l'incitant à l'usage immodéré d'alcool . Ce sont les recherches psychanalytiques qui nous ont permis de détacher trois grands facteurs psychologiques présents chez la majorité des malades alcooliques : la dépendance bi-personnelle (maternelle, conjugale), ou pluri-personnelle, la quête de la sexualité et du plaisir, et la fuite des situations conflictuelles tant familiales que sociales . L'appétence se présente alors comme une conduite de fuite de l'angoisse par le biais d'une régression importante dont le succès est temporaire et constamment limité et remis en question .

Replaçant l'individu dans le cadre sociologique où il vit, nous nous rendons compte que l'alcool se présente comme un véhicule d'échanges et de relations , d'individu à individu et de groupe à groupe, qui aussi bien dans les mythes que dans l'inconscient collectif contemporain est le bon et le mauvais objet . L'éthylique est donc au cœur d'une ambivalence qui dans sa recherche et son désir de boire exprime tour à tour, voire simultanément un désir de se satisfaire tout en se punissant . L'éthylique devient alors un objet unique à valences opposées qui satisfont tout à fait le sadomasochisme du sujet aujourd'hui, comme au cours des millénaires écoulés .

Aussi, héritier des civilisations gréco-latines et plus globalement méditerranéennes dont le vin puis l'alcool marquèrent les progrès, nous nous rendons compte

que nous avons investi dans nos coutumes, notre littérature elle-même une somme de préjugés témoins d'une opinion publique favorisant et par conséquent conditionnant l'imbibition alcoolique de l'individu .

De l'étude des diverses techniques de traitement de l'alcoolisme chronique , nous pouvons entrevoir trois types différents : les médications classiques qui visent à provoquer un état physique désagréable associé à l'évocation des boissons alcoolisées (apomorphine, disulfirame), les méthodes d'aversion gustative (toxifren), et les moyens psychologiques et socio-psychiatriques de prise en charge de l'individu . Par ailleurs, l'utilité d'une psychothérapie de soutien du malade alcoolique a été entrevue par de nombreux auteurs . Les techniques à visée gustative jusqu'alors n'ont pas été utilisées d'une façon symptomatique car aucune thérapeutique ne semblait applicable ; néanmoins, sur le plan théorique, par leur caractère moins dangereux, moins offensif pour le malade, et devant les accidents et contre-indications du traitement au Disulfirame et à l'Apomorphine, il nous a semblé y avoir nature à recherches dans cette voie .

xxx

Nous avons envisagé ce problème lors d'une expérimentation que nous a confiée Mr. le Docteur LEGER portant sur le traitement de l'alcoolisme chronique à l'aide du Métronidazole . Cette expérimentation où 135 observations ont pu être ainsi recueillies, sur une période de 18 mois nous a montré que :

- Le Métronidazole bien qu'in-vitro se présente comme un produit à effets antabuses, en clinique ne fait que potentialiser les effets d'intolérance physique que provoque le D. à l'ingestion d'alcool .

- Le Métronidazole semble avoir dans 90% de nos cas un effet chimique spécifique portant sur le goût des boissons alcoolisées . Le patient imbibé de M. s'il peut continuer à boire le vin, lui trouve soit mauvais goût , (certains lui trouvent un goût amer, vinaigré), soit plus de goût (nous l'avons vérifié sur nous-même) ce qui fait que le sujet ne trouve plus de raisons gustatives à boire du vin ou de la bière . En quelque sorte la boisson alcoolisée perd l'investissement gustatif et affectif que nous lui apportons traditionnellement, ce qui permet au malade de prendre ses distances avec elle . Alors la relation pathologique du fait de la rupture du cercle vicieux alcoolique s'estompe puis se brise ... et le sujet retrouve sa liberté de boire de l'alcool à dose modérée quand il le veut, lors des réunions de famille par exemple, comme le font sans rechute, plusieurs de nos malades .

- Par contre dans les 10% de cas restant , si les sujets trouvent leur boisson alcoolisée toujours aussi bonne après Métronidazole, ils la trouvent tout aussi désirable si on y ajoute un verre de vinaigre (cf. obs. 27) , il faut donc en déduire que la relation qu'ils ont avec l'alcool est d'un autre ordre que celui de l'oralité et de la gustation, mais sur un autre plan : réplétion gastrique annihilant l'angoisse d'inanition, sensation de chaleur qui réconforte .....

- Les réactions agressives (phénomènes de groupes) que le Métronidazole a induites dans quelques unités de soins au niveau des infirmiers, nous semblent caractéristiques de l'agressivité et du sadisme déployés généralement envers ce malade et qui vont dans le sens des désirs profonds de la personnalité éthylique , celle-ci aime, en effet, à être dépendante et à souffrir .

- Enfin devant la très bonne tolérance organique du Métronidazole, son action sur le plan gustatif entraînant une distorsion sensorielle à l'égard des boissons alcoolisées, et la possibilité signalée par les auteurs anglo - saxons d'effets psychotropes centraux, nous considérons

le produit comme une thérapeutique nouvelle, intéressante dans le traitement de l'alcoolisme chronique . Les résultats favorables atteignent un minimum de 45% ce qui est tout à fait comparable avec l'action des autre produits, mais par ailleurs nous pensons que son intérêt réside dans un nouvel abord de l'alcoolisme chronique . Son action élective sur le goût induit ou crée des possibilités de relations thérapeutiques particulièrement adaptées à la maladie, car c'est au niveau de l'oralité que se produit la distorsion gustative .

xxx

Il est facile de constater que jusqu'à présent seul le sado-masochisme du sujet a été véritablement utilisé pour soigner l'appétence, ce qui témoigne d'une agressivité de l'inconscient collectif qui se décharge par l'intermédiaire du corps médical, en développant d'une part le masochisme du malade en lui faisant subir des "épreuves" physiques d'intolérance à l'alcool, et d'autre part en excitant son sadisme pour qu'il devienne un élément frustrant pour les autres alcooliques . Il pourrait s'agir de la part de l'inconscient collectif d'une défense instinctive de sélection naturelle tendant à éliminer les sujets ne pouvant s'adapter, en les retirant du bon groupe qui lui, profite de l'alcool . Mais nous pensons qu'il s'agit mieux d'un déplacement de l'angoisse collective sur le groupe des alcooliques .

Ces techniques malgré de bons résultats mais aussi combien d'échecs, ne semblent donc pas sans dangers par le fait qu'elles développent le sado-masochisme d'une personnalité déjà bien immature . En employant une thérapeutique qui vise l'oralité du sujet au moyen d'une distorsion esthétique du goût, la relation s'établit entre le thérapeute et le malade sans médiation directe de l'alcool ce qui permet une dédramatisation de la dite relation et ce qui induit une ouverture psychothérapique .

D'autre part, se demander si l'appétence relève plus de conditionnement social ou de troubles de la personnalité est poser un faux problème car il s'agit de niveaux différents qui en réalité sont intimement liés : l'appétence de la personnalité relève d'une fuite du déplaisir et de l'angoisse, et l'appétence sociale conditionnante vis-à-vis des individus, se présente également comme une défense de l'angoisse (soit d'un point de vue psychologique les individus s'unissant par la même conduite orale, soit d'un point de vue économique par la peur qu'éprouverait un groupe devant une inflation) .

Au terme de ce travail apparaissent :

- la nécessité de l'assistance psychothérapique du malade alcoolique et l'intérêt d'induire l'ouverture psychothérapique par une cure de distorsion gustative (type Métronidazole), ce qui a comme autre avantage de dédramatiser la relation thérapeute-malade par la non-interdiction qu'elle entraîne .

- l'importance dans l'appétence des facteurs d'oralité, de sado-masochisme et de conditionnement .

Aussi, pouvons-nous envisager pour terminer, l'appétence à l'alcool, comme

- un désir hédonique, ardent, morbide, contraignant et ambivalent de boire, caractérisé par :
  . une conduite orale et donc prégénitale, de recherche passionnelle de satisfactions alitionnelles et esthétiques ou fuite du déplaisir afin de dissiper l'angoisse d'inanition ,
  . une quête de dépendance sado-masochique ,

- et d'autre part conditionné au niveau individuel, par les stimuli neurotropes et par l'inconscient collectif lui-même mû par la recherche de stimuli de ses membres et des intérêts économiques de groupes de pressions sociales.

Nous pouvons donc parler d'appétence individuelle et d'appétence de l'inconscient collectif.

SERMENT

En présence des maîtres de cette École, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu,
Le Doyen :
H. BRICAUD

Vu,
Le Président de Thèse :
M. BLANC

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 27 janvier 1970
Le Recteur de l'Université :
J. BABIN

B I B L I O G R A P H I E

1 - ABRAHAM K. -"The psychological relations betwen sexuality and alcoholism"in Selected Papers - London -
Hogarth Press, 1927 - 140.

2 - ADLER A. - "The neurotonic constitution".
London - Rentedge
New-York - Moffot, 1917 - 84.

3 - AÏTOFF V. - "Le problème de l'Alcoolisme".
1942.

4 - ANDRE L.J., PIERI P., ABED L. - "Le Metronidazole amoebicide diffusible et amoebicide de contact dans le traitement de l'amibiase - démonstration de la présence de son principal métabolite dans les selles".
Méd. Trop. 1968, 28, n° 4.

5 - ANGELERGUES - E.M.C. Psychiatrie, 2, 37 630 A 40.

6 - APFELBAUM M. - "Le métabolisme de l'éthanol ou les aventures d'un verre de whisky"
(propos recueillis par M. VIGY).
C.M. 1968, 47, 7901 - 7907.

7 - ARENTSEN K., et SINDRUP E. - Acta psychiatr. Scand - 1963 - 39, 3 (371-383). Analyse in Ercepta Médica, Neurology and Psychiatry - 1964 - Vol. 17, n° 12, sect. VIII N° 8029.

8 - AUBERT H. - "Les légendes Mythologiques de la Grèce et de Rome".
Ed. Vuibert - Paris 1911.

9 - AUBERTIN M. E. - "Quelques propos sur l'alcoolisme en France".
J. Méd. Bordeaux, 1966, 6, 812.

10 - BALLET Gilbert - "Traité de Pathologie Mentale" 1903.

11 - BATELLI F.,and STERN L. - "L'Alcoolase dans les tissus animaux".
Compt. Rend. Soc. Biol., 1909, 67, 419 - 421.

12 - BENOIT G. - Conférences de Psychiatrie.
2, 68 - 96, Paris-Doin - 1964.

13 - BENSSOUSSAN P.A. - "Psychothérapie analytique d'un cas grave d'alcoolomanie".
Rev. Alc., 1962, 8, n° 4.

14 - BERNARD A., LAMELIN P., et DELATTRE A. (Lille) - "L'Action hygroscopique et deshydratante de l'alcool sur les tissus vivants".
II - Le foie vasculaire.
Presse-Méd., 1965, 73-45, 2539 - 2543.

15 - BINOIS R., et LEFETZ M. - "Contribution de l'examen psychologique au diagnostic, au pronostic et au traitement de l'éthylisme chronique".
Rev. Alc., 1959, 5, 123 - 142.

16 - BLANQUIST A.J., and ANTERN A. - "Gustatory deficits produced by medullary lesions in the white rat". J. of Comparative and Physiolo-Psychology., 1967, 63, 439 - 443.

17 - BONFIGLIO G., et DONADIO G. - Risultate della specimentazione clinica dun nuovo famaco (metranidazolo) nella cura dell' alcolismo cronico.
Il Lavoro Neuropsichiatrico,1966,38,2,135-148.

18 - BOON, de BUCK, TITECA et PELC - "La place du M. dans le traitement de l'alcoolisme chronique". Travail de l'Institut de Psychiatrie de l'Hôpital Universitaire Brugmann - Communication au colloque organisé par l'Institut Brugmann à Bruxelles le 22-11-69.

19 - BOURGEOIS M., et HENRY P. - "Niamide et alcoolisme chronique". Gaz. Méd. de France, 1965, 72, 208 - 210.

20 - BRESARD M. - "L'opinion publique devant l'alcoolisme. Un procès verbal de carence". C.M. 1968, 17, 3683 - 3689.

21 - BRUN R. (Zurich).- "Traité Général des Névroses". Payot - Paris, 1956.

22 - BURNER M. - "Considérations psychologiques sur les excès pathologiques dans la civilisation moderne". Praxis, 1964, 19.

23 - CAMPBELL B., TAYLOR J.A., et HASLETT W.L. - Antialcohol properties of metronidazole in rats. Procedings Sty - Exp. Biol. and Méd., 1967, 124, 1, 191 - 195.

24 CARRERE J. - "Investigations psychologiques dans 40 cas d'alcoolisme chronique". Rev. Alc., 1962, 8, 322 - 323.

25 - CASTETS B. - "Réflexion sur le traitement de l'alcoolisme chronique pour les cures de déconditionnement". C.M., 1963, 9, 1343 - 1353.

26 - CHEVAL-DELFOLIE F. - "Aspects médico-sociaux de la notion de maladie-alcoolique". Thèse, Lille, 1961.

27 - CHOISY H., POTRON G. (Fac. Méd. Reims) - Comparative study of the effect of thyroxine and metronidazole on the speed of ethanol disappearance from the blood of rabbits.
Therapie 1968, 23, (4), 903 - 18.

29 - CLANCY J. - "Motivation conflits of the alcohol addict".
Quart-J-Stud-Alcohol, 1964, 25, 511 - 20.

30 - COMMELIN P. - "Mythologie grecque et romaine".
Ed. Garnier - Paris, 1960.

31 - COSAR CH., CRISAN C., HORCLOIS R., JACOB R., ROBERT R., TCHELITCHEFF S., et VAUPRE R. - Nitroimidazoles - Préparation et activité chimiothérapeutique.
Arznerinittelforschung, 1966, 16, 23 - 9.

32 - DALLE B. - "Troubles du comportement et vie dans les nouveaux ensembles urbains".
L'Evolution Psychiatrique, 1966, 31, 1 - 24.

33 - DEBACHE et GAILLARD - Métabolisme et toxicité des alcools.
(Cf. Symposium Montpellier, 1964) (131).

34 - DEBRE R. - "Les problèmes de l'alcoolisme".
Rev. Alc., 1959, 5, 1 - 2.

35 - DELCOURT Marie - "L'oracle de Delphes"
Payot - Paris, 1955.

36 - DELCOURT Marie - "Hermaphrodite - Mythes et rites de la bisexualité dans l'Antiquité classique".
P.U.F., Paris, 1958.

37 - DEMOGEOT C., DRUESNE D., et LAXENAIRE M. - Réflexions sur les racines religieuses de l'alcoolisme.
Ann.Méd.-Psychol., 1969, 2, 337 - 348.

38 - DEROBERT L., et DUCHENE H. - "L'alcoolisme aigu et chronique - éléments d'une défense sociale". Ed. J.B. Baillière et fils - Paris, 1942.

39 - DEROT P. - "Le vin". G.M. de France, 1968, 75, 4523 - 4526.

40 - DION R. - "Histoire de la vigne et du vin des origines au XIX siècle". Paris, 1959.

41 - DIVERSI G., et GALLIZIA G. - "Ricerche sperimentalli sull'azione degli psicofarmaci sulla funzione gustativa". Ann. Lar. Ot. Rin. Far., 1967, A. L. XVI, Fasc., 3, 368 - 372.

42 - DUCAMIN J.F., MARTIN J.C., ERMINY L., CRON M., - "Potomanies et conduites orales chez l'alcoolique". L'Encéphale, 1967, 56, 270 - 274.

43 - DUMEZIL G. - "Mythes et dieux des germains". Libr. Leroux - Paris, 1939.

44 - DURAND Ch. - E.M.C. Psychiatrie, 2, 37380 A 20, 6.

45 - DURLACH J., et CACHIN M. (Paris)- "Magnésium et alcoolisme chronique". La Revue de l'Alcoolisme, 1967, 13, 3 - 40.

46 - EDWARDS J.A., et PRICE J. - Metronidazole and atypical human alcohol deshydrogenase. Biochem-Pharmaco - 1967, 16, 2026 - 2027.

47 - ELUOSO R. - Metronidatsoli alkoholismin hoidossa. Suonemlääkärilehti, 1966, 27, 21, 2178-2181.

48 - ESCALIER J.P. - Remarques sur les attitudes, à l'égard de l'alcoolisme, des responsables du traitement et de la prévention. Thèse, Paris, 1969.

49 - EY H., BERNARD P., et BRISSET CH. - Manuel de Psychiatrie.
Masson - Paris, 1967.

50 - FABRE R., et ROUGIER G. - "Physiologie Médicale".
4ème Ed. Maloine - Paris, 1961.

51 - FAVEZ-BOUTONNIER J. -"L'Angoisse".
Bibliothèque de philisophie contemporaine.
P.U.F., Paris, 1963.

52 - FERNANDEZ A. - "Es el alcohol etilico un agente ansiolitico ? ".
Act. luso. Espan. de neuro. y pichiatrica, 1961, 20, 215 - 22.

53 - FERRAND J.P., DUCAMIN J.P., LAVERIERE B., CROU M., et MARTIN J.C. - Problèmes des boissons après la cure de désintoxication alcoolique.
La Semaine Médicale, 1969, 45, 2, 23 - 24.

54 - FORTAN M. - "La notion de maladie alcoolique".
Lille-Médical, 1965, 10, 653 - 665.

55 - FOUQUET P.,-E.M.C.
E.M.C., Psychiatrie, 2, 37380 C 10.

56 - FOUQUET P. - Compte-Rendu du 27ème Congrès International "Alcool-Alcoolisme".
Francfort, 1964, Rev. alc., 1965, 2.

57 - FOUQUET P., et CLAVEUL J. - "Une thérapeutique de l'alcoolisme". "Essai de psychothérapie".
P.U.F., Paris, 1956.

58 - FRAZER, Sir James George - "Mythes sur l'origine du feu".
Payot - Paris, 1931.

59 - FREUD S.-"On narcissism : an introduction".
Collecte Papers, vol. 4, London.
Hogarth Press-Toronto : Clarke invin,1949 - 87.

60 - FRIED R., et FRIED L.W. - "Inhibition of oxidizing enzymes by metronidazole".
Experientia, 1968, 24, 56 - 57.

61 - GARRIGUES Michel - "Contribution expérimentale et clinique à l'étude des intéractions de l'alcool sur l'alcoolisme".
Thèse, Toulouse, 1964, n° 40.

62 - GOODWIN D.W. - Metronidazole in the treatment of alcoholism : a negative report.
Amer. J. Psychiatr., 1967, 123, 10, 1276 - 1278.

63 - GUEZENNEC A. - "Contribution à l'étude psychologique de l'alcoolisme chronique".
Thèse, Bordeaux, 1958, n° 254.

64 - GUIARD H. - "Les alcooliques récidivistes".
Thèse, Ed. Bayer, Paris, 1902.

65 - GUIOT Janine - "Considérations sur les raisons psychologiques de l'alcoolisme".
Thèse, Bordeaux, 1951, n° 112.

66 - HAUMONTE M. Th. - Expérience de 3 ans 1/2 de psychothérapie d'un groupe d'alcooliques à l'Hôpital psychiatrique.
Ann. Méd., Psychol., 1969, 2, 323 - 335.

67 - HENNE M. - "L'Etat alcoolique dangereux" - Rapport de médecine légale pour la LXIII session du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de Lausanne.
13-18 septembre 1965.

68 - HENKIN, ROBERT I. - The role of taste disease and nutrition.
Borden Rev., Nutr., Res., 1967, 28, 71 - 87.

69 - HICKS R. - Ethanol a possible allergen.
Ann. Allerg., 1968, 26, 641.

70 - HOWARD J. - Alcoholic Addiction, A psycholosocial approach to abnormal drinking.
London, Tonistock, 1963.

71 - HOUDARD Y. - Buvez sans crainte.
Denoël - Paris, 1968.

72 - IIDA S. H. (Hokkaïdo Sapporo - Jap.) - Experimental studies on the craving for alcohol. Alcoholic drive in mice folloving administration of saline. Depart. Pharmacol., Méd.,1957,6,87-93.

73 - IIDA S.H. - Alcoholic drive in mice fooloving administration of hepatotixic agents.
Jap., J. Pharmacol., Japon, 1958, 8, 70-74.

74 - INGS R.M.J., LAW G.L., and PARNELL E.W. - The metabolism of Metronidazole.
Biochemical Pharmacology, 1966, 15, 515-519.

75 - ISRAEL L. - La victime de l'Hystérique.
L'Evol. Psychiatrique, 1967, 32, 517 - 546.

76 - JACOBSEN Erik - The metabolism of ethyl alcohol.
Pharmaco, Rev., 1952, 4.

77 - JELLINEK E.M. - "The disease concept of alcoholism".
Hillhouse press : New-Haven Connect - 1960 - Octobre.

78 - JENSEN Adolphe E. - Mythes et cultes chez les peuples primitifs.
Payot - Paris, 1954.

79 - JEUFROY O. - Le discours de l'alcoolique.
Thèse, Montpellier, 1969.

80 - JOUPPE J. - "Faut-il bannir des H.P. les boissons à base de glycyrrhizine ?".
Ann. Soc. Rég. Neuro-Psych. de Clermont-Ferrand 1965, 17-45.

81 - KERFELEC Jacques - "Essai d'enquête d'opinion concernant l'alcoolisme".
Thèse, Bordeaux, 1956, n° 232.

82 - KISSIN B., et HARIKOFF L. - "The acuite affects of ethyl alcohol on the Funkestein mecholyl response in made alcoholics".
Quart J. Stud., Alcohol, 1959, 20,4, 696-703.

84 - KORMAN M., et STEPHENS H. - "Effects of training on the alcohol consummatory response in rats".
Univ. of Texas South West - Med. - School - Psych. Repts, 1960, 6, 327 - 331.

85 - KRAPPE Alexandre H. - "La génèse des mythes".
Payot - Paris, 1952.

86 - KURIKARA et LLOYD M. BEIDLER - "Taste - Modifying Protein from miracle fruit".
Science, 1968, 161, 1241 - 3.

87 - LECOQ Raoul - "La dualité du problème alcoolique et sa répercussion dans la cure de désintoxication des alcooliques".
Thérapie, 1949, 4, 157 - 162.

88 - LECOCQ R. - "Rôle favorable de l'injection i.v. des toxiques dans le traitement des toxicomanies."
Gaz. des H., 1954, 126, n° 9, 237 - 252.

89 - LECOCQ R. - "L'alcoolisme et son traitement - La cure de désintoxication des alcooliques".
Doin, 1957, Paris.

90 - LECOCQ R. - "La maladie alcoolique et spécialement ses formes encéphalopathiques sont-elles des avitaminoses B1 ?".
Bull. et Mémoires de la Soc. de Méd. de Paris 1958, 5, 16.

91 - LECOCQ R., CHAUCHARD B., et P., et MAZOUÉ H. - "Etude chronaximétrique des perturbations nerveuses périphériques et corticales dues à l'alcool".
Rev. Alcool. 1957, 4, n° 8, 241 - 247.

92 - LECOCQ R. et ISIDOR P. - "Etude anatomo-clinique et métabolique d'un cas d'encéphalopathie alcoolique".
L'Encéphale, 1964, 53, N° 2, 299 - 310.

93 - LEGER J.M., BLANCHINET, VAN ECLOO P., VALLAT J.N.- Premiers résultats de l'essai du Métronidazole dans la transformation de l'appétence des éthyliques à l'égard du vin ou de la bière. Importance dans le déconditionnement".
Congrès Psych.et Neur.,1968, 928-932.

94 - LEGER J.M., et DAUDET G. - Bilan de 18 mois d'utilisation du Flagyl dans le traitement de l'éthylisme chronique.
Communication au Colloque organisé par l'Institut Universitaire Brugmann.
(Bruxelles), le 22-XI-69.

95 - LEGER J.M., DAUDET G., BLANCHINET J., et VALLAT J.N. Utilisation du Flagyl dans le traitement de l'éthylisme chronique.
Rev. Fac. Méd. Limoges, 1970, n° 1 (à paraître).

96 - LEREBOULLET J. - "Qu'est-ce que l'alcoolisme ? Ses aspects - ses causes".
Rev. du Praticien, 1964, 359 - 374.

97 - LEREBOULLET J. - Analyse de Congrès alcoolisme.
Le Presse Méd., 1969, 77, n° 12, 445.

98 - LEROY Claude - "Un aspect des réactions du conjoint de l'alcoolique".
Rev. Alc. 1959, 5, n° 2, 113 - 116.

99 - LEWIN - "Paradis artificiels".
1928.

100 - MARDONES R.J., SEGOVIA M.M., HEIDERRA A. - "Herencia del alcoholismo en ratos, comportamientos de la primera generacion de rata bebedoras colocadas en dicta carenciada en factor".
N.I., Rev. Méd. Aliment. Child., 1954, 9,61-2.

101 - MARTIN P., et MINVIELLE J. - "Recherche d'une structure psychopathologique de base chez les alcooliques internés".
Montpellier Médical, 1959, 56, 58 - 59.

102 - MARTY J.C.- Etude psychomotrice comparée chez des abstinents et des buveurs.
Thèse, Bordeaux, 1963, n° 127.

103 - MASSERMAN et YUM - Analysis of influence of alcohol on experimental neuroses in cats.
Psychosom. Med., 1946, 8, 36-53.

104 - MC CORD W., Mc CORD J., et GUDEMAN J. - "Some current theories of alcoholism : a longitudinal evaluation".
Dept of Sociol Stanford University - Stanford (Calif.) et Harward Med. School, Boston (Mass.)
Quart. J. Stud. Alc., 1959, 20, 727 - 749.

105 - MESZAROS SCILLA, SZPORNY LASZLO (Pharmacol. - Col. Lab. Chem. Waks G, Pichter Ltd, Budapest , hung).
Urinary Excretion of Metranidazole and isometranidazole with rat.
Acta Physiol. (Budapest), 1968, 34, (72) 103-6.

106 - MINKOWSKI E. - "Vers une cosmologie".
Aubier - Montaigne - Paris, 1936 (nouv. Ed. 1967).

107 - MIRONE L. - Dietory deficency in mice in relation to voluntary alcohol consumption. Dep. of Chem. Maubattan College, New-York 71 (U.S.A.).
Quart. I. Stud. Alc. 1957, 18, 552 - 560.

108 - MOHR P., SCHELER W. und FRANK K. - Spektrales und chemisches verbalten des Hämindiäthylesters und seiner kanplexe mit imidazol und 1-2-4 triazol-Derivaten in wasserfreiern Dimethylsulfoxod.
Acta biblogica et Medica Germania 1968, Band 20, 263 - 277.

109 - MUTRUX S. - "De l'alimentation dans les relations humaines".
L'Evolution Psychiatrique, 1969, 34, Fasc. 1, 133 - 178.

110 - NACHIN Claude - "Investigations préliminaires à une étude scientifique de l'alcoolisme psychia - trique" - à propos de 700 observations de buveurs de la région Lyonnaise".
Thèse, Lyon, 1956-57, n° 65.

111 - NACHIN C. et LENGRAND J.P., et Mesdames JADE - BERA et GERNEZ - "Une enquête sur l'alcoolisme féminin".
Inf. Soc. Oct. 1963.
Analysé sur Ouest-Médical, 1965, 20, 967-9.

112 - NAVARETTE CADENA E., et BIAGI F.F. - "L'utilité du métranidazole dans l'amibiase intestinale".
Bull. Soc. Patho. Exotique, 1967, 60, n° 6 503.

113 - OSSOUF Cécile - "Motivations de l'alcoolisme féminin".
Thèse, Paris, 1965, n° 620.

114 - PACHTER I.J. and RUBIN A.A. - Antipsychotic and antianxiety agents.
Annual Reports of Biochemica 1968, Ed. 1969, section I, Chapter I, I-12.

115 - PALTRINIERI E. - L'Azione inihitrice sull'alcool deidrogenasi da parte dell'idrossi-z'-etil-1-metil 2nitro-imidazolo -
Il farmaco-ediz-scientifica 1967, 22,12 , 1054 - 1056.

116 - PERRIN P. - Editorial.
Rev. Alc. 1959, 5, 177 - 180.

117 - PERRIN Paul - "L'alcoolisme".
L'Expansion scientifique française - Paris 1950.

118 - PERRIN P. - "Qu'est-ce que l'alcoolisme et définition".
Rev. Alc., 1960, 6, 345 - 350.

119 - PERRIN P. - "Les causes psychiques du comportement alcoolique et de l'alcoolisme".
La rev. Alc., 1960, 6, 351 - 372.

120 - PERRIN P. - "L'alcoolisme en Espagne".
Rev. Alc. 1964, 10, 224 - 225.

121 - PERRIN P., BOQUIEN Y., LENNE C., et Y., - L'alcoolisme - "Synthèses cliniques" - supplément des "Monographies Médicales et Scientifiques".
n° 89, 91 et 93, (1960 et 1961).

122 - POROT A. et M. - "Les toxicomanies".
P.U.F. "Que Sais-je ?", Paris, 1968.

123 - POROT A. - "Manuel Alphabétique de Psychiatrie".
P.U.F., 1969.

124 - PRUDENT Frantz - "Contribution à l'étude électroencéphalographique de l'intoxication éthylique chronique".
Thèse, Paris, 1956.

125 - PURDY M.B., et LEE J.G. - The effect of restricted food intake, thiamine deficiency and Riboflavine deficiency on the voluntary consumption of Ethanol by albinot rat.
Quart I. Stud. Alc., 1962, 23, 4, 549 - 556.

126 - RADO - The psychoanalysis of pharmacothymia "Dring addiction".
Psycho-Analyt. Quart. 1933, 2, I, 23

127 - RAINANT J. et DONABEDIAN J. - La conception de la soif chez l'alcoolique chronique.
Rev. Alc., 1968, 14, n° 2, 153 - 158.

128 - RAPHAEL S.S., LYNCH, de SPARE et MELLOR - Nouvelles études sur l'alcoolisme chronique.
The Canadian Méd. Ass. J. Toronto, 1960, 82 1, 16 - 20.

129 - REYNOUARD M. - Incidence de l'éthylisme chronique sur les modifications histologiques de la glande surrénale de rattes castrées soumises à un régime hyperlipidique prolongé.
Bordeaux Médical, 1969, 1,149 - 150.

130 - REQUET A. - La situation du buveur et son traitement.
La Presse Médicale, 1950, 19, 320 - 322.

131 - RIBEREAU-GAYON - "Aspects nouveaux dans la composition des vins".
Symposium de Montpellier des 17-18-19-IV-64.
Monographie de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
"Effets physiopathologiques des vins", n°32
Paris, 1965.

132 - RIBSTEIN M., CERTHOUX A. et LAVENAIRE A. - Alcoolisme au rhum - étude de la symptomatologie et analyse de la personnalité de l'homme martiniquais alcoolique au rhum.
Ann. Méd. Psych. Paris, 1967,1, 537 - 548.

133 - RICOSSE J.H., ALBERT J.P., LAMONTELLERIE et CHARMOT G. - Le métranidazole dans le traitement de l'amibiase intestinale.
Méd. Tropicale, 1968, 29, n° 6.

134 - ROHTE, OSKAR - Influence of some psychotropic substances on the grooming behavior of white mice.
Psychopharmacologia, 1969, 14, 18 - 22.

135 - ROY M.L. - Contre l'alcoolisme : réfutation de préjugés.
Publication de l'Institut Pédagogique National - 29, rue d'Ulm - PARIS V° - 1957.

136 - SANCHO-MINANO PADILLA J., REMARTINEZ BUERA M., REMARTINEZ BUERA E. - Communicación de los primeros ensayos clinicos de su (metronidazol) acción antiulcus.
T. à P. Radiologia, 1968, 3, 62, 163 - 173.

137 - SCHMITT H. - Eléments de pharmacologie
Flammarion - Paris - 1957.

138 - STAMBAUGH J.E., FEO L.G., and MANTHEI R.W. - The isolation and identification of the urinary oxidative metabolites of metranidazole in man.
The J. of Pharm. and Exper. Therapeutics 1968 161, n° 2, 373 - 381.

139 - TARA S., LEREBOULLET J., ARNSTULZ Cl. - "Les substances à effets antabuse ".
R. de l'alcool, 1963, 9, n° 2, 89 - 102.

140 - TAYLOR J.A. - Metronidazole a new agent for combined somatic and psychic therapy of alcoholism A case study and peliminary report.
Bull. Los Angeles Neurol. Soc., 1964, 29, 158-162.

141 - THELIN M.H. - L'alcool, solvant de la personnalité.
Rev. Alc. 1964, 10, n° 1, 19 - 26.

142 - TRÉMOLIERES J., GRIFFATON G., et LOWY R. - Aspects biochimiques de l'oxydation de l'alcool.
Rev. Alc. 1959, 5, n° 1, 39 - 62.

143 - TRÉMOLIERES J. et CARRÉ L. - Mise en évidence de systèmes péroxydasiques, oxydant l'alcool chez l'alcoolique.
C.R. Académie des Sciences 1960, 251, 2785-2787.

144 - TRÉMOLIERES J.- La métabolisation de l'alcool : l'alcool est-il un aliment ?
Pathogénie des cirrhoses et des pancréatites alcooliques.
La rev. du Praticien, 1964, 14, n° 4, 389 - 397.

145 - TRIBOULET, MATHIEU et MIGNOT R. - Traité de l'alcoolisme.
Masson, Paris, 1905.

146 - UCHA UDABE R., Con Armenda Lopez Molina Y Carmen Niedermaier. - "Nuevo tratamiento farmacologico del alcoholismo".
Primer Congreso Argentino de las sciencias neurologicas
Alta Gracia (Cordoba) 10-12 oct. 1968.

147 - VALLET R., DESCHAMPS G., LEVIET MQ., Mme BEAUSEIGNEUR TH., et CHELKOWSKY D., - "Quelques observations d'un type spécial d'épouse alcoolique : les femmes de tête". Evol.Psy.1965,30,525-539.

148 - VIGNON R.P.A. - Traitements biologique et psychothérapique dans l'alcoolisme chronique.
Thèse, Bordeaux, 1951-52, n° 145.

149 - VIGY M. - Physiologie du goût : un puzzle qui se complète peu à peu.
C.M., 1968, 46, 7653.

150 - WELTER G. - Les croyances primitives et leurs survivances.
Colin - Paris, 1960.

151 - WICK E.L. - Some Chemical and Sensory aspects of Flavor Research.
W. Rew. Nutr. Diet., 1968, 9, 161 - 180.

152 - WATT L., et JENNISSON R.F. - Etude clinique du métranidazole, nouveau trichamonacide actif par voie générale.
Brit. Méd. J. 1960, 24, 9, 902 - 905.

153 - WEISSMAN A., KENNETH Koe B. - "Drugs and Deterrence of alcohol consumption".
Annual Reports of Biochemica 1968.
Ed. 1969, Chapter 22, 246 - 258.

154 - WINTER D., STANESCU C., SAUVARD S., NITELEA I. - Effects of metronidazole on the toxicity of ethanol.
Biochem. Pharmacol. 1969, 18, (5), 1246-8.

155 - WINTER D., SAUVARD, STANESCU, THEODORESCU, WINTER J. et NITELEA - The influence of Metronidazole and disulfiram in the pharmacologic action of ethanol.
Pharmacology 1969, 2, 1, 27 - 31.

*

EDITIONS BERGERET- 2,rue Bergeret -BORDEAUX- Tél.91.12.59 -